



Magiera Ansaloni

## DECRETO AMMINISTRATORE UNICO

N. 4 del 22/01/2024

### L'Amministratore Unico dell'ASP

VISTO il provvedimento redatto dalla Direzione relativo a:

**“APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 – 2026”**

allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RICHIAMATA la normativa generale di ordinamento e disciplina delle Aziende di Servizi alla persona ed in particolare:

- D.lgs. 241/90
- D.lgs. 207/2001
- L.R. 2/2003
- Lo Statuto dell'ASP
- Il Regolamento che disciplina gli uffici e servizi dell'ASP;

ESAMINATO il testo del suddetto documento che risulta nei suoi contenuti conforme alla normativa vigente;

RITENUTA opportuna la sua approvazione per le ragioni in esso espresse;

CONSIDERATO inoltre che non sussistono vizi od impedimenti di alcuna natura che ne possano impedire l'esecutività;

### DECRETA

1. DI APPROVARE l'allegato testo di provvedimento che viene classificato con la numerazione e datazione come da intitolazione;
2. DI DARE ATTO che il presente atto diviene esecutivo con l'apposizione della firma attestante l'approvazione del medesimo;
3. DI TRASMETTERE il presente atto al competente ufficio per la sua pubblicazione, trasmissione agli eventuali soggetti interessati e conservazione a norma delle norme vigenti.

F.to Digitalmente da



L'Amministratore Unico  
SANTI MARINELLA / InfoCamere S.C.p.A.

# OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) PER IL TRIENNIO 2024-2026 - APPROVAZIONE

## L'AMMINISTRATORE UNICO

Visto il D.L. nr. 80/2021, convertito con modificazioni nella L. nr. 113/2021, il quale, all'art. 6, comma 1, prevede che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del D. Lgs. nr. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti, adottino il Piano integrato di attività e organizzazione" (P.I.A.O.), di durata triennale, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del D. Lgs. nr. 150/2009 e della L. nr. 190/2012;

Dato atto che il P.I.A.O. ha durata triennale, con aggiornamento annuale, e si pone la finalità di creare un piano unico di governance per le pubbliche amministrazioni al fine di unificare un sistema di programmazione attualmente frammentato che prevede l'approvazione di strumenti molto spesso non dialoganti e, per molti aspetti, sovrapposti, ponendo particolare attenzione alla valutazione del valore generato;

Considerato che, l'art. 6 del D.L. 80/2021, identifica i seguenti contenuti del P.I.A.O.:

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

Visto lo schema tipo PIAO previsto nella proposta approvata il 2 dicembre 2021 dalla Conferenza Unificata Stato- Regioni che prevede le seguenti sezioni e sottosezioni:

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione:

Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione:

→ Sottosezione: Valore Pubblico

→ Sottosezione: Performance

→ Sottosezione: Rischi corruttivi e

trasparenza

Sezione 3: Organizzazione e capitale umano:

→ Sottosezione: Struttura organizzativa

→ Sottosezione: Organizzazione del lavoro agile

→ Sottosezione: Piano triennale dei fabbisogni di

personale

Sezione 4: Monitoraggio;

Dato atto che il PIAO dell'Asp Magiera Ansaloni, allegato alla presente deliberazione, è redatto prendendo a riferimento lo schema tipo sopra richiamato;

Ritenuto, pertanto, di approvare il Piano integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione;

Atteso che il presente provvedimento deve essere pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

#### **DECRETA**

1) di approvare il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale e composto al momento dai seguenti documenti sopra richiamati;

2) di dare mandato agli uffici competenti di sovrintendere alla pubblicazione del Piano integrato di attività e organizzazione nella Sezione Amministrazione Trasparente sul sito Internet istituzionale, all'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e alle successive attività di monitoraggio.

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

**(Approvato con Decreto dell'Amministratore Unico n. 4 del 22.01.2024)**

## Sommario

PREMESSA.....	2
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	5
Valore pubblico	
Piano della Performance	
Piano Anticorruzione e trasparenza	
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	37
Piano dei fabbisogni del Personale	
Organizzazione del lavoro agile	
Piano delle azioni positive	
MONITORAGGIO .....	54

## PREMESSA

Il Decreto Legge n.80/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, il cosiddetto “*decreto reclutamento*” convertito dalla legge 6 agosto 2021, n.113 ha introdotto il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, nel quale confluiscono una serie di documenti che, fino ad oggi, avevano invece una propria autonomia con riferimento alle tempistiche, ai contenuti e alle norme di riferimento.

Il **PIAO** ha **durata triennale**, ma viene aggiornato annualmente.

Il PIAO definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell’utenza mediante appositi strumenti.

Con l’introduzione del PIAO prende forma un disegno organico del sistema di pianificazione nelle amministrazioni pubbliche - caratterizzate da una molteplicità di strumenti spesso non dialoganti e altrettanto spesso, per molti aspetti, sovrapposti - con il quale si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione e garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese.

Il PIAO ha individuato e abrogato i seguenti adempimenti relativi agli strumenti di programmazione, che sono quindi in esso assorbiti:

- piano della performance;
- piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- piano dei fabbisogni di personale;
- piano per il lavoro agile;
- programmazione dei fabbisogni formativi;
- piano delle azioni positive.

Il PIAO 2024 - 2026 di ASP Magiera Ansaloni arriva dopo anni peculiari, caratterizzati dall’emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Covid-19, in un particolare e difficile contesto che ha rimesso al centro dell’attenzione l’importanza di uno Stato capace di garantire beni e servizi essenziali alla collettività, a partire dalla tutela della salute pubblica.

## SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Amministrazione	ASP MAGIERA ANSALONI
Sede legale	Via Carlo Marx, n. 10 – Rio Saliceto (Re)
Sede Amministrativa	Via XX Settembre, n. 4 – Rio Saliceto (Re)
Cod. Fisc.	80010410357
P.IVA	80010410357
Telefono	0522 699827
Fax	0522 699457
PEC	magieraansaloni@cert.provincia.re.it
e-mail	info@magieraansaloni.it

L'ASP è un ente pubblico non economico locale disciplinato dall'ordinamento regionale, è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria, e non ha fini di lucro.

L'ASP costituisce per i comuni del Distretto di Correggio (Re) il soggetto gestore dei servizi di seguito riportati :

### A. Servizi per gli anziani

- Servizi residenziali: 3 Case Residenza Anziani per utenti non autosufficienti.
- Servizi semiresidenziali: 4 Centri Diurni per anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

### B. Altri servizi

**Servizio di Assistenza Domiciliare** per anziani, adulti e disabili residenti nei Comuni del Distretto di Correggio (Re) Risponde a bisogni di assistenza a carattere temporaneo o prolungato, con lo scopo di promuovere o mantenere le condizioni di vita indipendente presso il luogo di domicilio abituale, sostenendo l'autonomia e la libertà di scelta delle persone.

Il servizio garantisce: assistenza tutelare, interventi igienico sanitari di semplice attuazione, addestramento/formazione di assistenti familiari, servizio pasti. Il servizio SAD opera sul Territorio dei Comuni del Distretto di Correggio.

L'ASP collabora con gli Enti Locali e i servizi sociali e sanitari distrettuali alla gestione di progetti a sostegno della domiciliarità. Sono stati attivati i seguenti servizi rivolti alle famiglie che curano l'anziano al proprio domicilio:

**Sportello "Con-tatto"**, attivo nei Comuni di Correggio, Fabbrico e Rio Saliceto per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro per assistenti famigliari, e con l'obiettivo di:

- 1.promuovere un'assistenza il più possibile qualificata e adeguata alle esigenze delle famiglie;
- 2.favorire la regolarizzazione dei rapporti di lavoro in un settore delicato e difficile;

3. far conoscere alle famiglie e ai lavoratori l'intera rete di servizi di assistenza alle persone non autosufficienti presente nel territorio per orientare il reale bisogno della famiglia;
4. dare la possibilità di un sollievo seppur temporaneo ai familiari e consentire loro di partecipare a incontri formativi e socializzare con altri familiari grazie a iniziative organizzate nel territorio;

**Sportello Sociale**, per i Comuni di Campagnola Emilia, Rio Saliceto, Fabbrico, Rolo e San Martino in Rio. Dal mese di dicembre 2022, a seguito della convenzione tra Asp e Unione dei Comuni Pianura Reggiana, titolare per i Comuni del Distretto della funzione di Sportello Sociale, operatori dell'Azienda, opportunamente formati sono presenti dal lunedì al venerdì presso gli uffici dei Comuni di Campagnola Emilia, Fabbrico, Rio Saliceto, Rolo e San Martino in Rio; gli scopi dello Sportello Sociale sono di ascolto dei bisogni di rilevanza sociale, di risposta a quesiti di carattere informativo e più in generale di raccordo, se la richiesta lo necessita, con il Servizio Sociale Professionale. I cittadini possono recarsi fisicamente negli orari di apertura dello Sportello così come indicati sui siti di Asp e dell'Unione Pianura Reggiana, scrivere una mail all'indirizzo [sportellosociale@pianurareggiana.it](mailto:sportellosociale@pianurareggiana.it) telefonare al numero 0522/644650 per chiedere informazioni o fissare un appuntamento.

## VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Valore pubblico

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

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

La tensione continua verso l'innovazione, la sostenibilità ambientale, la riduzione della burocrazia e l'innalzamento della trasparenza e della lotta ai fenomeni corruttivi completano il quadro d'insieme entro il quale agire per la generazione di valore.

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

ASP rendiconta annualmente le proprie attività attraverso la pubblicazione di un Bilancio Sociale, documento che viene approvato unitamente al Bilancio Consuntivo dell'Ente e restituisce l'analisi dell'andamento dei servizi.

La pubblicazione del Bilancio Sociale fornisce ai vari interlocutori le informazioni utili sulle principali caratteristiche dell'organizzazione, delle attività e dei risultati in modo da misurarne l'impatto economico, sociale e ambientale.

## **Il Piano della Performance**

Il Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009, come modificato dal D.lgs. n.74 del 25 maggio 2017, attua una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche intervenendo in materia di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche e di valorizzazione del merito, individuando specifiche responsabilità nelle figure dirigenziali per quanto concerne l'applicazione di un sistema di misurazione e valutazione della performance del dipendente pubblico.

In particolare il Titolo II del suddetto decreto "Misurazione, Valutazione e Trasparenza della Performance" disciplina il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale, mentre il Titolo III, "Merito e premi", individua strumenti di valorizzazione del merito e metodi di incentivazione della

produttività e della qualità della prestazione lavorativa informati a principi di selettività e concorsualità nelle progressioni di carriera e nel riconoscimento degli incentivi.

ASP ha adottato la propria metodologia di valutazione della performance, sia relativamente a dirigenza e posizioni organizzative, sia per quanto riguarda le prestazioni del personale di comparto.

I principali documenti strategico contabili, Bilancio Previsionale triennale ed annuale, Relazione Illustrativa, rappresentano gli atti di programmazione vigenti sui quali aggiornare il Piano della Performance, posto che tale Piano deve riportare gli elementi sintetici di carattere generale riguardanti l'identità dell'Azienda, l'analisi del contesto territoriale, gli obiettivi strategici ed operativi tesi a determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e gli obiettivi gestionali di mantenimento delle attività ordinarie principali, rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività.

Il Piano deve essere finalizzato alla misurazione della performance in un'ottica non più solo statica di "risultato", declinato secondo obiettivi di gestione, ma anche in un'ottica dinamica di "prestazione" dell'individuo e dell'intera struttura organizzativa.

Annualmente l'Amministratore Unico di ASP approva il Piano della Performance - previa validazione dello stesso da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione - che contiene la descrizione degli obiettivi assegnati a ciascun centro di responsabilità.

Il presente documento descrive il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale dell'ASP "Magiera Ansaloni" e ne disciplina l'applicazione nell'ambito del ciclo di gestione integrata della performance a tutti i livelli organizzativi.

Il Sistema è lo strumento che, in linea con quanto indicato dalla normativa vigente in materia di qualità dell'azione della Pubblica Amministrazione, connette gli atti di programmazione delle attività tecnico-amministrative alla verifica dei loro esiti, attraverso un modello che, poggiando sulla formalizzazione dei dati come strumenti di supporto alle decisioni, permette di rendere maggiormente oggettiva la valutazione.

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target per definire gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Oltre a questi aspetti, il Piano è uno strumento che può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'amministrazione.

Esso può consentire di:

- Individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- Favorire una effettiva trasparenza e più efficaci meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- Migliorare il coordinamento e la condivisione tra le diverse strutture gestite.

Il *Piano* riassume tutti i livelli di programmazione attivati dall'Ente

- quella *strategica di ente* (facente capo alla direzione politico-amministrativa),
- quella *gestionale di settore* (facente capo alla direzione)
- quella *operativa* (di Servizio/Ufficio e individuale).

Tutte le Strutture, Servizi e Uffici sono tenuti ad assicurare il proprio fattivo contributo all'attuazione del *Piano*, poiché solo l'azione sinergica e coordinata dei diversi rami in cui si articola l'ente è in grado di ottimizzare il rapporto tra risorse impiegate e benefici ottenuti e di responsabilizzare ogni singolo individuo rispetto a un risultato di performance afferente all'intera Azienda.

Con l'approvazione del presente piano della performance (di seguito "Piano") prosegue il ciclo annuale e triennale di gestione della performance, che si sostanzia nell'individuazione di **obiettivi strategici, operativi e gestionali**, nel

monitoraggio periodico sull'avanzamento degli interventi programmati per il raggiungimento degli obiettivi stessi e nella valutazione annuale sul livello di performance conseguito dall'Ente.

Nel processo d'individuazione degli obiettivi vengono inoltre considerati gli adempimenti in materia di **tutela della trasparenza e dell'integrità e di lotta alla corruzione e all'illegalità** intesi come misure finalizzate a rendere più trasparente l'operato delle Amministrazioni e a prevenire i fenomeni di corruzione/illegalità.

## INDICE

1. Presentazione del Piano
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli *stakeholder* esterni
  - 2.1 Chi siamo
  - 2.2 Cosa facciamo
  - 2.3 Come operiamo
3. Identità
  - 3.1 L'amministrazione "in cifre"
  - 3.2 Mandato istituzionale e Missione
  - 3.3 Albero della *performance*
4. Analisi del contesto
  - 4.1 Analisi del contesto esterno
  - 4.2 Analisi del contesto interno
5. Obiettivi strategici
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
  - 6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*
  - 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
  - 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
  - 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*
8. Allegati tecnici
  - Allegato A:** Schede di valutazione

## 2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

### 1.1 Chi siamo

L'Asp è un Ente di diritto Pubblico senza scopi di lucro intermente partecipato dai Comuni del Distretto di Correggio e istituito per legge nazionale (L.328/2000), facente parte delle Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1 del d.lgs 165/2000 e disciplinato dalla Regione E.R con L.R 2/2003 ss.mm.ii

L'Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP) trae origine dall'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) denominata "Opera Pia Casa di Ricovero Magiera Ansaloni", la quale a sua volta trae origine dalle volontà testamentarie di Clementina Radeghieri vedova Ansaloni e del di Lei nipote Mario Magiera, che, con testamenti olografi pubblicati rispettivamente agli atti dei Notai Crocetta di Montecchio del 13 gennaio 1943 e Rossi di Correggio del 6 agosto 1947, destinavano il loro patrimonio allo scopo dell'istituzione di una Casa di Riposo per anziani inabili. L'Istituzione fu eretta in Ente Morale con D.P.R. 26 febbraio 1952, n. 435, con sede in Rio Saliceto.

Nel corso degli anni Sessanta e Settanta fu attuato un progressivo piano di dismissione del patrimonio rurale a favore di acquisizioni di fabbricati ad uso civile abitazione.

La Legge Regionale n. 2/1985 ha posto particolare attenzione agli aspetti gestionali, organizzativi e di benessere dei cittadini utenti dei servizi ed ha affrontato in modo organico il problema di un ammodernamento complessivo delle strutture per anziani non autosufficienti, site nel territorio regionale. Vista la possibilità offerta da questa legge di concedere contributi in conto capitale su progetti di ristrutturazione e/o di costruzione di nuove residenze, negli anni ottanta è stata inaugurata la nuova struttura di Via C. Marx 10 in Rio Saliceto, al posto della vecchia di Via San Giorgio 37, che ha iniziato la propria attività dal 27 ottobre 1987 ed è tuttora in funzione.

- Dal 1987 l'Ente gestore è convenzionato con l'Azienda USL di Reggio Emilia - Distretto Sanitario di Correggio - per l'erogazione di prestazioni sociali e sanitarie a favore di anziani non autosufficienti.
- Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 498 del 21 giugno 1995 l'Ipab assunse la denominazione di "Casa Protetta Magiera Ansaloni".
- Con L. R. 12/3/2003 n. 2 la Regione Emilia Romagna, ispirandosi ai principi della Legge n. 328 del 2000 e del decreto legislativo n. 207 del 2001, attua il riordino delle IPAB e la loro **trasformazione in ASP** (Azienda Servizi alla Persona), valorizzandone il ruolo e inserendo tali Aziende nel sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- con deliberazione della Giunta Regionale n. 578 del 21 aprile 2008 - con decorrenza 1° maggio 2008 -, è stata costituita L'ASP Magiera Ansaloni e approvato il relativo Statuto.
- con deliberazione della Giunta Regionale n. 69 del 22/01/2018 è stato modificato lo Statuto dell'Asp in linea con i dettami stabiliti dalla L.R 12/2013

**I Soci dell'ASP** sono i Comuni di:

- Campagnola Emilia,
- Correggio,
- Fabbrico,
- Rio Saliceto,
- Rolo
- San Martino in Rio.

## 1.2 Cosa facciamo

Dal 1° gennaio 2009, con apposito contratto di servizio, sono stati concessi in gestione all'ASP i seguenti servizi:

1. Servizio di Assistenza Domiciliare anziani distrettuale
2. Centro Diurno "A. Rovesti" di Rolo
3. Servizio di Teleassistenza distrettuale

Dal 1° maggio 2009, con apposito contratto di servizio, è stata assegnata all'ASP anche la gestione della

4. Casa Protetta e Centro Diurno "D. Baccarini" del Comune di Campagnola Emilia.

Dal 20 settembre 2010, con apposito contratto di servizio, è stata assegnata all'ASP anche la gestione dello

5. Sportello Assistenti familiari (Sportello "Contatto")

Dal 1° luglio 2011, con apposito contratto di servizio, è stata assegnata all'ASP anche la gestione della

6. Casa Protetta e Centro Diurno del Comune di San Martino in Rio.

Dal 1° marzo 2015, in ottemperanza ai contratti di servizio Asl, è stato attivato in forma diretta il

7. Servizio di trasporto centri diurni di Rio Saliceto e Campagnola Emilia

Dal 1° settembre 2017, con appositi contratti di servizio, è stata assegnata all'Asp anche la gestione de

8. Servizio di trasporto disabili minori per Rio Saliceto
9. Servizio di trasporto disabili minori per Correggio

Dal 1° dicembre 2017, con delibera di Assemblea dei soci, è stato esteso il Sad con ulteriori prestazioni di Servizi integrativi domiciliari

10. Gestione dello Sportello Sociale per i Comuni di Campagnola Emilia, Fabbrico, Rio Saliceto, Rolo e San Martino in Rio in via sperimentale per un anno Dal 28 novembre 2022 al 30 novembre 2023 con possibilità di proroga con apposito atto dell'Unione Pianura Reggiana.

ASP si caratterizza quindi come "**azienda multi servizi**" per garantire maggiore economicità e miglioramento della qualità degli interventi attraverso l'organizzazione, in tutto il territorio del distretto, dell'offerta pubblica di servizi che, con gli altri soggetti pubblici e privati, costituisce la rete integrata dei servizi territoriali.

## 2.3 Come operiamo

La finalità di ASP "Magiera Ansaloni" del Distretto di Correggio (RE) è quella di essere un ente **gestore di servizi rivolti alle persone anziane** prevalentemente non autosufficienti.

La logica è quella di riuscire ad offrire servizi di qualità secondo criteri di equità su tutto il territorio distrettuale, contribuendo con il proprio apporto a costruire un modello gestionale capace di **prendersi cura delle persone**, anche delle più gravi, avendo attenzione alla loro storia personale e alle loro relazioni familiari e sociali.

I servizi di ASP sono aperti alla comunità nella quale ciascuno può dare il proprio contributo per migliorare la qualità della vita delle persone accolte e delle loro relazioni.

Nel contesto regionale emiliano romagnolo un passaggio determinante per l'ASP "Magiera Ansaloni" è quello dell'**Accreditamento**, provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati, possono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale. L'accREDITamento dei servizi socio-sanitari comporta, su ogni territorio e per ogni tipologia di servizio, l'individuazione in capo ad un unico soggetto gestore della responsabilità gestionale.

Nell'erogazione di tutti i servizi gli obiettivi principali dell'ASP sono i seguenti:

- **rispetto della dignità** e dei diritti individuali dell'anziano: diritto all'assistenza, alla cura, alla privacy, salvaguardia del credo politico, religioso e dell'identità culturale;
- **personalizzazione** dell'intervento assistenziale;
- attenzione all'**aspetto relazionale** e interpersonale tra anziano e operatore, oltre ai doverosi rapporti di reciproco rispetto;
- organizzazione del lavoro centrata sul **Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)**, sulla sua verifica, nonché sullo svolgimento di incontri periodici di confronto e di lavoro in equipe.

In questa prospettiva, un ruolo fondamentale hanno le seguenti dimensioni:

- Controllo della qualità dei servizi
- Processi comunicativi della gestione aziendale
- Gestione integrata dei flussi informativi.

Le nuove frontiere tecnologiche sono opportunità che aprono spazi d'intervento che consentono di recuperare qualità assistenziale e maggiore professionalità.

Il passaggio dal cartaceo alla modalità informatizzata, permette di velocizzare i tempi di informazione, elaborare i dati, creare degli archivi statistici e di studio, ottimizza le condizioni di lavoro del personale e facilita e velocizza la condivisione dei dati fra colleghi, tramite procedure integrate tra loro.

### 3. Identità

#### OFFERTA DEI SERVIZI SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE

##### Numero di posti destinati all'assistenza nelle strutture

	Posti autorizzati CRA	Posti contrattualizz CRA
Campagnola	50,00	38,00
Rio Saliceto	39,00	37,00
S Martino in Rio	44,00	40,00
<b>Totale</b>	<b>133,00</b>	<b>115,00</b>
	Posti autorizzati CD	Posti contrattualizz CD
Campagnola	5,00	5,00
Rio Saliceto	8,00	7,00
S Martino in Rio	10,00	8,00
<b>Rolo</b>	<b>20,00</b>	<b>8,00</b>
<b>Totale</b>	<b>43,00</b>	<b>28,00</b>



#### Mandato istituzionale e Missione

I servizi attivati dall'Azienda sono coerenti con la pianificazione locale definita dal Piano di Zona nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei Soci.

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

- Rispetto della **dignità** della persona e garanzia di riservatezza;
- Adeguatezza flessibilità e **personalizzazione** degli interventi nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.
- attenzione a svolgere la propria attività secondo criteri di **efficacia**, di **efficienza**, di **economicità** e di

**imparzialità**, mantenendo alta la qualità dei servizi resi.

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

- Promuove la **formazione** degli operatori come strumento della qualità e della efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;
- Favorisce l'apporto ed il **coinvolgimento** delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzata.

### **Casa Residenza Anziani (C.R.A.)**

In precedenza denominata Casa Protetta, è un **servizio residenziale** destinato all'accoglienza degli anziani con grado di non autosufficienza medio ed elevato e adulti non autosufficienti con patologie assimilabili a quelle geriatriche che richiedono un'intensa e continua azione di assistenza socio-sanitaria.

L'obiettivo di questo servizio è il mantenimento delle autonomie residue. Per ogni ospite viene elaborato ed aggiornato un **Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)** che tiene conto dei bisogni sociali, sanitari e cognitivi della persona. All'interno delle strutture sono previsti posti letto utilizzabili per ricoveri temporanei i quali garantiscono un supporto, per un determinato periodo di tempo, alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa ma che hanno bisogno di un sollievo temporaneo o a quelle che sono in difficoltà per motivi contingenti.

### **Centro diurno**

Il Centro Diurno è un **servizio semiresidenziale diurno** rivolto ad anziani prevalentemente non autosufficienti e parzialmente autosufficienti e ad adulti con patologie assimilabili.

Offre all'anziano ed alla sua famiglia sostegno e tutela socio-sanitaria, stimola e potenzia le abilità e competenze dell'anziano con attività e interventi inerenti la sfera dell'autonomia, dell'identità, dell'orientamento spazio-temporale, delle relazioni interpersonali e della socializzazione, promuove e sostiene una fitta rete di relazioni e di scambi con il contesto territoriale in cui è collocato.

### **Assistenza Domiciliare**

Il servizio di Assistenza Domiciliare ha lo scopo di permettere alle persone anziane non autosufficienti o con limitata autosufficienza, o adulte con patologie assimilabili, di rimanere al proprio domicilio.

Il servizio fornisce interventi per l'igiene e la cura della persona, per la gestione dell'attività quotidiana, per favorire la socializzazione e l'integrazione sociale, la consegna pasti al domicilio e, dal 2018, anche servizi di supporto non ricompresi nei LEA che sono utili al mantenimento dell'autonomia e permanenza al domicilio (trasporti per visite, consegna della spesa e dei farmaci, prestazioni mediche al domicilio ecc)

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) si pone come obiettivo principale quello di contrastare l'istituzionalizzazione e l'emarginazione delle persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti e degli adulti affetti da gravi patologie, per favorirne, per quanto possibile, la permanenza nell'ambiente familiare. Assicura alle persone, attraverso l'adozione di adeguati strumenti di valutazione del bisogno, interventi che gli consentono di conservare la routine quotidiana e di mantenere le relazioni familiari.

## **3.3 Albero della *performance***

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra **mandato istituzionale, missione, linee strategiche, obiettivi strategici e piani operativi** (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. (del. n.112/2010 CIVIT). L'ASP "Magiera Ansaloni" ha inteso rappresentare l'albero della performance nei suoi contenuti generali rimandando al piano degli obiettivi operativi per l'anno corrente, la definizione delle attività per la realizzazione degli obiettivi individuati. Per mostrare in modo sintetico i vari livelli dell'Azienda che contribuiscono al piano delle Performance in modo trasparente ma senza eccedere a termini di "esposizione mediatica" nel dettaglio più minuto degli stessi, si è ritenuto poter essere intuitivo e agevole:

1. impiegare il grafico "stralciato" dell'organigramma aziendale essendo chiaramente comprensibile nella sua dimensione e distribuzione aziendale
2. indicare nel capitolo 5 e 6 per ognuno dei settori o referenti gli obiettivi strategici dettati a partire dalla figura del Direttore sino ai livelli intermedi; oltre tali livelli sono i singoli referenti a declinare gli obiettivi annuali ai singoli operatori dei servizi a seconda che siano o meno gli stessi coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi assegnati ai primi.

### Ciclo di in-put e Out-put delle performance

INPUT		OUTPUT
<b>ASSEMBLEA DEI SOCI</b>		Area decisionale
Mission e Obiettivo di medio termine		
<b>CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE</b>		Area programmazione e conduzione gestionale
Traduzione dell'obiettivo in strategie e in obiettivi per la direzione		
<b>DIREZIONE</b>		
Assunzione dell'obiettivo e scomposizione dello stesso nei settori in base per competenza		
<b>SETTORE AMMINISTRATIVO e SETTORE DEI SERVIZI</b>		Area operativa
Assunzione dell'obiettivo e/o scomposizione dello stesso ai collaboratori / servizi		

## 4. Analisi del contesto

### 4.1 Analisi del contesto esterno

È sulle caratteristiche e sul trend della popolazione che bisogna prestare attenzione alle politiche di breve e medio termine.

Al fine di orientare l'agire futuro dell'Asp ai principi di efficacia ed efficienza, nel rispetto dei criteri di universalità, pari opportunità e non discriminazione, gli indicatori principali di analisi territoriale che gli Amministratori Locali, in qualità di Soci dell'Asp, sono chiamati ad avere costantemente sotto controllo sono in via prevalente i seguenti:

- Trend demografico, con riferimento
  - All'andamento dei valori assoluti della popolazione anziana
  - All'andamento dei valori di assoluti della popolazione attiva [intesa come fascia di età Produttiva e capace di essere "care-giver"]
- Trend economico per valutare la sostenibilità dei servizi da parte di:
  - Amministrazioni pubbliche grazie al flusso dei tributi locali e/o statali
  - Cittadini grazie al flusso reddituale dato dall'occupazione lavorativa stabile
- Bisogni socio-economici attuali ed emergenti

Valutato il **quadro distrettuale** – nella sua media risulta che I Comuni del distretto di Correggio presentano:

- un trend di
  - aumento della fascia di popolazione > di 65 anni
  - Un calo costante della fascia di età "produttiva"
  - Un calo della fascia 0/14 anni

Ciò significa che la popolazione distrettuale sarà sempre più caratterizzata da:

- a. Esigenze sociali e assistenziali legate agli anziani

- b. Criticità per il calo della popolazione attiva economicamente e operativamente ovvero:
- Calano le persone in età lavorativa capaci di sostenere i costi di eventuali servizi di assistenza
  - Calano i minori in età 0 / 14 anni il che – quindi – lascia prevedere un trend del calo di cui al punto 1 a lungo termine e in incremento.

#### 4.2 Analisi del contesto interno

L'organizzazione aziendale prevede una netta distinzione tra le funzioni di indirizzo e quelle gestionali: le prime sono in capo all'Assemblea dei Soci e le seconde sono riservate all'Amministratore Unico (ex Consiglio di Amministrazione) e alla struttura organizzativa guidata dal **Direttore Generale**.

Nel rispetto di indirizzi ed obiettivi strategici e dei regolamenti, il Direttore generale ha la responsabilità gestionale dell'azienda per realizzare la quale si avvale dell'attività di funzionari e responsabili dei servizi.

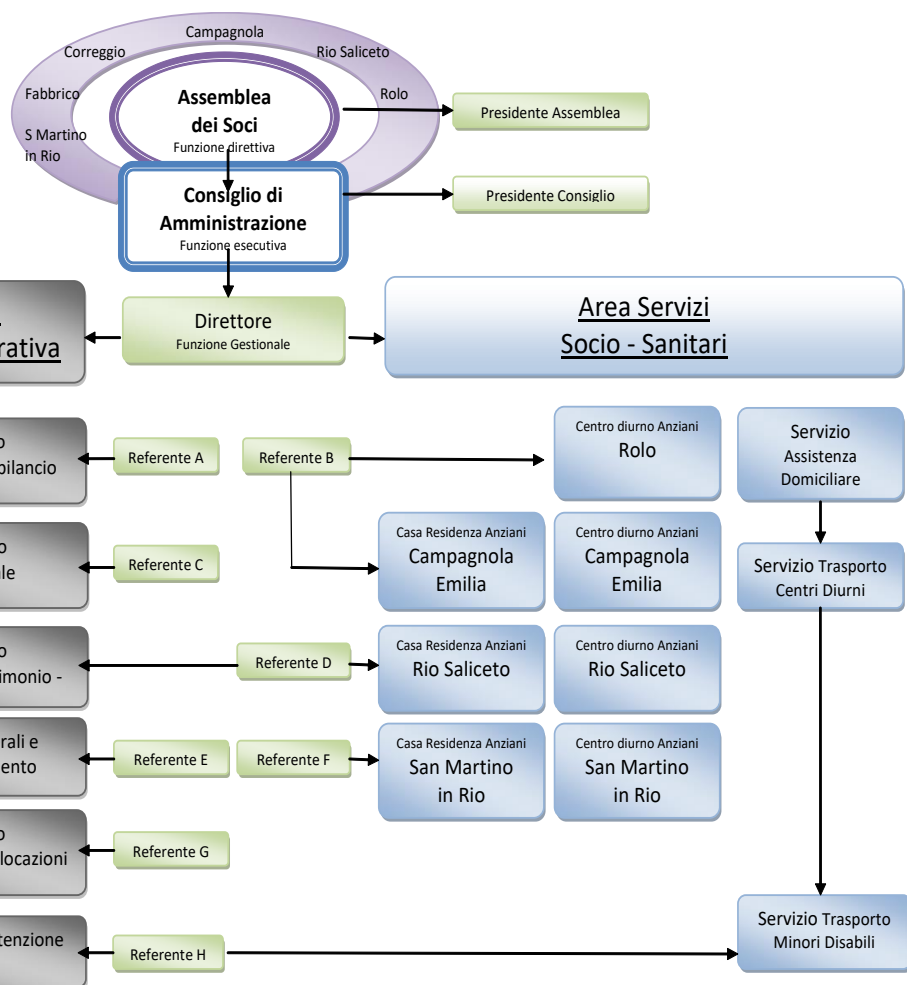
Le attività di programmazione e controllo spettano alla Direzione generale che mediante il sistema di gestione per budget assegna le risorse ai diversi centri di costo e di responsabilità.

#### ORGANIGRAMMA AZIENDALE



COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.



risorse umane:

<b>AREA</b>	<b>PREVISTI in D.O</b>	<b>Di cui (profili lavorativi)</b>	<b>Coperti al 31/12/2023</b>	<b>Vacanti al 31/12/2023</b>
OPERATORI	1	n. 1 ausiliarie	1	0
OPERATORI ESPERTI	88	n. 86 Oss n. 2 manutentori	86	2
ISTRUTTORI	9	n. 3 Raa n. 1 Referente SAD n. 3 Animatrici n. 2 impiegati Amministr.	3 0 3 1	0 1 0 1
FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI	23	n. 12 infermieri n. 3 fisioterapisti n. 3 Coordinatori n. 3 Istruttori Direttivi n. 2 Funzion. Amm con EQ	9 0 2 1 2	3 3 1 2 0
DG	1	n. 1 Direttore generale	0	1
<b>Tot.</b>	<b>122</b>		<b>111</b>	<b>11</b>

indici di salute finanziaria

<b>A) Indici di liquidità</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Indice di liquidità generale o "Current Ratio"	1,10	1,12	1,04
Indice di liquidità primaria o "Quick Ratio"	1,10	1,12	1,04
Tempi medi di pagamento dei debiti commerciali	24	6	7
Tempi medi di incasso dei crediti per ricavi relativi ai servizi istituzionali resi	113	104	94
<b>B) Indici di redditività</b>			
Indice di incidenza della gestione extracaratteristica	0,16	0,02	0,01
Indice di incidenza del costo di fattori produttivi sul PILc	0,98	0,96	0,96
Indice di onerosità finanziaria	0,00	0,00	0,00
Indice di redditività lorda del patrimonio disponibile	9,74	8,87	6,47
Indice di redditività netta del patrimonio disponibile	7,27	6,13	1,80
<b>C) Indici di solidità patrimoniale</b>			
Indice di copertura delle immobilizzazioni	1,36	1,44	1,12
Indice di autocopertura delle immobilizzazioni	1,36	1,44	1,12

I Portatori di interessi

I portatori di interesse interni sono:

- Assemblea dei Soci
- Risorse Umane (Personale)
- Delegazione trattante di parte sindacale

I principali portatori di interesse esterni sono:

- Utenti, famigliari e loro associazioni
- Associazioni di Volontariato del territorio (AVO, AUSER, S.Francesco, ecc.)
- Cooperative che gestiscono servizi per l'azienda (CIR per produzione pasti, 4 Castelli per servizio lavanderia)
- Soggetti Istituzionali del territorio (Regione Emilia Romagna, Provincia di Reggio Emilia, Comuni del Distretto, AUSL, Ufficio di Piano, SAA, Unione Comuni Pianura Reggiana, Servizi Sociali dei Comuni del Distretto, ASP del territorio provinciale ecc.)
- Organizzazioni Sindacali e RSU
- Enti di Formazione professionale, Collegio provinciale degli Infermieri, dei Fisioterapisti, Medici di famiglia.

Si tratta di un elenco che, anche se non esaustivo, esprime la complessità del sistema di relazioni in cui l'ASP è inserita e la **molteplicità di rapporti** che essa intrattiene con la conseguente molteplicità di soggetti a cui è importante che essa possa dar conto della propria azione.

**L'ANALISI SWOT**

È uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza, debolezza, le opportunità e le minacce di un progetto o in un'impresa o in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo debba prendere una decisione per il raggiungimento di un obiettivo. L'analisi può riguardare l'ambiente interno (analizzando punti di forza e debolezza) o esterno (analizzando minacce e opportunità) di un'organizzazione.

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dimensione aziendale contenuta con capacità di gestione snella e governo dei cambiamenti celere</li><li>2. Ridotti ruoli intermedi tra il vertice e i servizi che riducono il frazionamento delle procedure e ne agevolano l'esecuzione</li><li>3. Celerità di feedback dei servizi per la "filiera corta" del punto 2</li><li>4. Gestione ed implementazione sistema gestionale integrato partendo dalla cartella sanitaria informatica.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dotazione organica imposta da normativa regionale con relativi costi incompressibili</li><li>2. Variabilità annuale dei finanziamenti regionali dati da "eventi" esterni non governabili a parità di servizi resi</li><li>3. Difficoltà derivanti dalla resistenza al cambiamento da parte delle risorse umane</li><li>4. Nessun margine di manovra finanziaria soprattutto sul fronte delle entrate</li><li>5. Resistenze alla realizzazione di un disegno unitario dei servizi distrettuali dovute alla frammentazione della proprietà su una pluralità di soci.</li></ol>
OPPORTUNITA'	MINACCE
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Crescita culturale degli operatori attraverso la partecipazione a nuovi progetti (informatizzazione integrata, progetti di formazione ecc.)</li><li>2. Crescita professionale e organizzativa attraverso la possibilità di allargare la platea dei servizi gestiti al settore educativo e area disabili</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Impoverimento della qualità assistenziale per effetto della mancata condivisione degli impegni aziendali assunti, da parte degli operatori</li><li>2. Resistenza delle categorie portatrici di interessi agli interventi di comprensione dei</li></ol>

3. Miglioramento delle performance e economie di scala nella gestione amministrativa attraverso processi associativi tra ASP provinciali.

limiti alla realizzazione e riorganizzazione (AUSL, Ufficio di Piano, SAA)

3. Esternalizzazione di servizi e perdita di competenze e *know how* degli operatori oltre alla perdita della gestione pubblica dei servizi alla persona

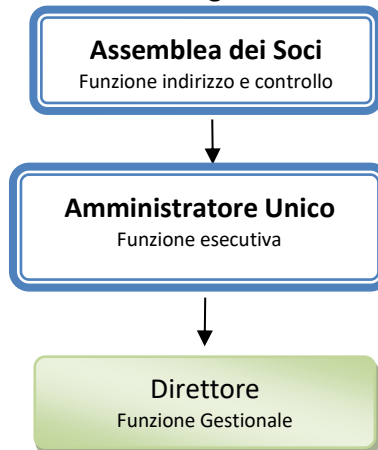
4. Resistenza del personale a lavorare con modalità diverse per carenza di informazione/comunicazione

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni di originale digitale.

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

## 5. Obiettivi strategici

### Il sistema di governo dell'azienda



Continuazione/conferma piano anno precedente

Variazione/novità piano anno precedente

**Obiettivo 2024/2026:** Continuare ad essere il luogo su cui investire per la costruzione di un sistema di produzione PUBBLICO distrettuale dei servizi socio-sanitari alla persona che possa crescere in termini di: efficienza, competenza, sinergia, qualità e trasparenza

Continuazione/conferma piano anno precedente

Variazione/novità piano anno precedente

**Obiettivi 2024:** diminuzione dei livelli di partecipazione economica da parte degli Enti Socirispetto al periodo pandemico 2020-2022 nel rispetto delle attività dell'azienda, mantenimento degli standard dell'accreditamento, ancora maggior attenzione al personale e svolgimento di concorso per reclutare personale a tempo indeterminato.

## 6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

### 6.1 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

Obiettivo per il direttore generale – sono assenti figure apicali o dirigenziali

**Obiettivo 1: CONTENIMENTO DEI TRASFERIMENTI PREVISTI A CARICO DEI COMUNI ANCHE PER IL 2024 NEL RISPETTO DELLE ATTIVITÀ CHE L'AZIENDA DEVE SVOLGERE. PESO 30%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Mantenimento</b>	Analisi contesto. Individuazione macro aree di intervento di riduzione spesa o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche di medio periodo e correttivi.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche finali e correttivi.	Continuità
2025 <b>Mantenimento</b>	Analisi contesto. Individuazione macro aree di intervento di riduzione spesa o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche di medio periodo e correttivi. Verifiche di medio periodo e correttivi	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche di medio periodo e correttivi. Verifiche finali e correttivi	Continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Analisi contesto. Individuazione macro aree di intervento di riduzione spesa o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate.	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche di medio periodo e correttivi. Verifiche di medio periodo e correttivi	Attuazione interventi di riduzione spesa e/o aumento entrate. Verifiche di medio periodo e correttivi. Verifiche finali e correttivi	Continuità

**Obiettivo 2: RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO COSI' COME PREVISTO DAL DECRETO LEGGE 13/2023 CONSENTITO IN LEGGE N. 41/2023. PESO 30%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Mantenimento</b>	Analisi contesto. Individuazione macro aree di intervento e risoluzione problematiche legate alla PCC.	Analisi contesto. Individuazione macro aree di intervento e risoluzione problematiche legate alla PCC.	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Miglioramento
2025 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Monitoraggio tempi medi di pagamento	Continuità

**Obiettivo 3: REALIZZAZIONE ATTIVITA' PER CONFERIMENTO SERVIZIO/SUBCOMMITTENZA CRA E CD AL 01/01/2025 CON EVENTUALE CONFERIMENTO DEI RELATIVI IMMOBILI. PESO 20%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
<b>2024</b> <b>Sviluppo</b>	Analisi con Unione Pianura Reggiana e Comuni interessati delle possibilità di gestione diretta o in subcommittenza dei servizi di CRA e CD e analisi della possibilità di conferimento dei relativi immobili	Analisi con Unione Pianura Reggiana e Comuni interessati delle possibilità di gestione diretta o in subcommittenza dei servizi di CRA e CD e analisi della possibilità di conferimento dei relativi immobili	Redazione ed approvazione degli atti per la gestione diretta/subcommittenza dei servizi ed eventuali atti per il confrimento ad ASP dei relativi immobili.	Redazione ed approvazione degli atti per la gestione diretta/subcommittenza dei servizi ed eventuali atti per il confrimento ad ASP dei relativi immobili. Organizzazione delle attività per la gestione diretta/subcommittenza.	Novità
<b>2025</b> <b>Mantenimento</b>	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Continuità
<b>2026</b> <b>Mantenimento</b>	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Attività di gestione diretta/subcommittenza	Continuità

**Obiettivo 4: CONSOLIDAMENTO GESTIONE DIRETTA DEI SERVIZI EDUCATIVI CONFERITI DAL COMUNE DI RIO SALICETO DAL 01/09/2023. PESO 20%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
<b>2024</b> <b>Miglioramento</b>	Consolidamento attività gestionali ed amministrative a seguito del conferimento dei servizi educativi da parte del comune di Rio Saliceto dal 01/09/2023.	Organizzazione dell'attività del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Realizzazione dell'attività del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Organizzazione e realizzazione dell'attività del post scuola per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Novità
<b>2025</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Continuità
<b>2026</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Continuità

6.2 Obiettivi assegnati al personale non dirigenziale

Gli Obiettivi Strategici dell'Assemblea, declinati dall'Amministratore Unico alla Direzione e a seguire individuati

all'interno del paragrafo precedente si traducono in Obiettivi Operativi e Azioni per l'organizzazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali rivolti agli anziani.

Dagli obiettivi che rappresentano un traguardo di particolare rilevanza che l'azienda si prefigge di raggiungere al fine di perseguire con successo gli indirizzi programmatici, generalmente riferito ad un periodo temporale pluriennale (3 anni), si declinano gli obiettivi operativi di carattere annuale. Si delineano quindi come insieme di azioni che attraversano diversi settori, puntano alla realizzazione della "Mission" comune dell'Azienda e necessitano di un **approccio attuativo unitario e coerente.**

## Progetti operativi annuali

I progetti operativi specificamente elaborati per l'anno in corso sono stati costruiti in coerenza con la programmazione economica e finanziaria del triennio ed al presente piano.

Le performance hanno sempre uno scopo. La valutazione esprime il grado di raggiungimento dei target assegnati al soggetto/organizzazione che li riceve. In base allo scopo si tratta di target di:

1. **Mantenimento** (sono i target di conservazione di una determinata situazione così come è definita al momento dell'assegnazione del target)
2. **Miglioramento** (sono i target per i quali si prevede un processo teso alla modifica di una situazione da una condizione "A" ad una nuova condizione "B" per un miglioramento atteso rispetto allo stato di partenza "A")
3. **Sviluppo**: Sviluppo di servizi nuovi o integrativi di quelli esistenti per efficientare l'assetto economico – gestionale dell'Asp anche in logica di allargamento del Settore di azione dell'Asp (socio – sanitario)

Nei raggiungimenti dei target in tale performance intervengono fattori:

Endogeni quali:

- il personale operante all'interno della propria struttura
- le strutture organizzative interne

Esogeni:

- Altro personale esterno
- Altre Amministrazioni che intervengono nel processo della performance

e quindi il soggetto/struttura deve orientare la propria azione sia all'interno che all'esterno di sé per raggiungere l'obiettivo non dipendendo esclusivamente da se stesso

La performance può essere composta in % diverse da un contributo:

### ➤ **individuale**

- rappresenta, il contributo reso dai singoli al risultato gestionale, con particolare riguardo al conseguimento di prestazioni individuali, alla professionalità acquisita e alle competenze e ai comportamenti dimostrati.

### ➤ **collettivo / organizzativo**

- rappresenta il contributo reso dal gruppo rispetto ai risultati e aspettative dell'utenza cui è stato prestato il servizio globalmente inteso (Cra, Cd, Sad ecc) e può essere misurato ai sensi dell'art.19 bis del dlgs 150/2009 mediante la valutazione media espressa con questionari/indagini da parte dell'utenza/cittadini

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO CONTABILITA' E BILANCIO**

**1. CONSOLIDAMENTO ATTIVITA' CONTABILE E DI FATTURAZIONE DEI SERVIZI EDUCATIVI CONFERITI AD ASP DAL 01/09/2023**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Consolidamento attività contabile e di fatturazione a seguito del conferimento dei servizi educativi da parte del comune di Rio Saliceto dal 01/09/2023.	Organizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Organizzazione e realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del post scuola per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO PERSONALE**

**2. CONSOLIDAMENTO DELLE ATTIVITA' INERENTI LA GESTIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI EDUCATIVI CONFERITI AD ASP DAL 01/09/2023**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Consolidamento attività di gestione del personale a seguito del conferimento dei servizi educativi da parte del comune di Rio Saliceto dal 01/09/2023.	Organizzazione dell'attività di gestione del personale del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Realizzazione dell'attività di gestione del personale del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Organizzazione e realizzazione dell'attività di gestione del personale del post scuola per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO APPALTI E PATRIMONIO**

**1. GESTIONE DI UN APPALTO DI GARA EUROPEO PER CONTO DI ALTRE ASP A FRONTE DI REMUNERAZIONE PER IL SERVIZIO. PESO. 70%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano

					precedente
2024 <b>Sviluppo</b>	Studio normativa di settore e predisposizione moduli di gara.	Approvazione e pubblicazione atti sui portali web.	Espletamento procedura e aggiudicazione accordo quadro e stipula contratto derivato.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Continuità

**M.APPALTO DI LAVORI PER L'INSTALLAZIONE DELL'IMPIANTO FOTOVOLTAICO PRESSO LA CRA DI RIO SALICETO A SEGUITO DEL FINANZIAMENTO REGIONALE OTTENUTO NEL 2023. PESO 30%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Preparazione degli atti per l'affidamento dei lavori di realizzazione dell'impianto fotovoltaico a seguito del finanziamento ottenuto dalla Regione nell'anno 2023 in collaborazione con il Servizio Tecnico	Affidamento dei lavori di realizzazione dell'impianto fotovoltaico a seguito del finanziamento ottenuto dalla Regione nell'anno 2023 in collaborazione con il Servizio Tecnico	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Monitoraggio dell'esecuzione del contratto.	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	Non sono previste ulteriori azioni	

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO AFFARI GENERALI**

**1. CONSOLIDAMENTO ATTIVITA' CONTABILE E DI FATTURAZIONE DEI SERVIZI EDUCATIVI CONFERITI AD ASP DAL 01/09/2023**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Consolidamento attività contabile e di fatturazione a seguito del conferimento dei servizi educativi da parte del comune di Rio Saliceto dal	Organizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Organizzazione e realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del post scuola per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	novità

	01/09/2023.				
<b>2025</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	continuità
<b>2026</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO FATTURAZIONE E LOCAZIONI**

**1. CONSOLIDAMENTO ATTIVITA' CONTABILE E DI FATTURAZIONE DEI SERVIZI EDUCATIVI CONFERITI AD ASP A SETTEMBRE 2023**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
<b>2024</b> <b>Miglioramento</b>	Consolidamento attività contabile e di fatturazione a seguito del conferimento dei servizi educativi da parte del comune di Rio Saliceto dal 01/09/2023.	Organizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del Centro Estivo per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Organizzazione e realizzazione dell'attività contabile e di fatturazione del post scuola per il Nido Girasole e per la Materna Coccinella	Novità
<b>2025</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Continuità
<b>2026</b> <b>Mantenimento</b>	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	Consolidamento del servizio	continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO TECNICO**

**SUPERVISIONE DEI LAVORI PER L'INSTALLAZIONE DELL'IMPIANTO FOTOVOLTAICO PRESSO LA CRA DI RIO SALICETO A SEGUITO DEL FINANZIAMENTO REGIONALE OTTENUTO NEL 2023**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
<b>2024</b> <b>Miglioramento</b>	Preparazione degli atti per l'affidamento dei lavori di realizzazione dell'impianto fotovoltaico a seguito del finanziamento ottenuto dalla Regione nell'anno 2023 in collaborazione con il servizio Appalti e Patrimonio	Affidamento dei lavori di realizzazione dell'impianto fotovoltaico a seguito del finanziamento ottenuto dalla Regione nell'anno 2023 in collaborazione con il Servizio Appalti e Patrimonio	Supervisione alla realizzazione dell'impianto	Supervisione alla realizzazione dell'impianto	Novità
<b>2025</b> <b>Mantenimento</b>	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	continuità
<b>2026</b> <b>Mantenimento</b>	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	Verifica della funzionalità dell'impianto	continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO ANZIANI**

**1. DEFINIZIONE PROGETTO MIGLIORAMENTO PROMOZIONE IGIENE MANI NELLE CRA. PESO 25%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Redazione progetto di miglioramento	Redazione progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	Monitoraggio esiti progetto di miglioramento	continuità

**2. INTERVENTO DI PRESENTAZIONE DEI SERVIZI GESTITI DA ASP MAGIERA ANSALONI A CORSI DI FORMAZIONE SUL TERRITORIO. PESO 25%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Partecipazione a eventi sul territorio	Partecipazione a eventi sul territorio	Partecipazione a eventi sul territorio	Partecipazione a eventi sul territorio	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Continuità

**3. PARTECIPAZIONE ATTIVITA' ISTRUTTORIA E COLLABORAZIONE NEI CONCORSI FISIOTERAPISTA E INFERMIERE. PESO 25%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Attività istruttoria con le altre ASP coinvolte	Realizzazione concorsi	Realizzazione concorsi	Monitoraggio graduatorie	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	continuità

**4. QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE UTENZA CRA / CD / SAD. PESO 25%**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Raccolta questionari di soddisfazione	Elaborazione questionari	Restituzione esiti	Restituzione esiti	Novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	Non sono previste ulteriori attività	continuità

Obiettivo operativo annuale **SERVIZIO SOCIO SANITARIO SAD**

**1. COLLABORAZIONE CON LE CRA IN OCCASIONE DEGLI EVENTI ORGANIZZATI PER ACCOMPAGNAMENTO DI ANZIANI SOLI CHE DESIDERANO PARTECIPARE**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Realizzazione attività	Realizzazione attività	Realizzazione attività	Realizzazione attività	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**2. DEFINIZIONE PROGETTO DISPONIBILITÀ SUI POMERIGGI E SULLE ASSENZE NON PROGRAMMATE**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Realizzazione attività	Realizzazione attività	Realizzazione attività	Realizzazione attività	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**3. PARTECIPAZIONE AD ALMENTO IL 70% DEI COLLETTIVI MENSILI (SALVO ASSENZE GIUSTIFICATE)**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Partecipazione ai collettivi.	Partecipazione ai collettivi.	Partecipazione ai collettivi.	Partecipazione ai collettivi.	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

Obiettivo operativo annuale **COORDINATORI**

**1. REALIZZAZIONE CHECK LIST ACCREDITAMENTO SOCIO SANITARIO (2023) - SOPRALLUOGO CONGIUNTO CON RESPONSABILE SERVIZIO ANZIANI SU OGNI CRA**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Realizzazione check list	Realizzazione check list	Sopralluogo	Sopralluogo	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	continuità
2026 <b>Mantenimento</b>	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	Monitoraggio della check list	continuità

Obiettivo operativo annuale **INFERMIERI E FISIOTERAPISTI**

**1. REVISIONE DI ALMENO UNA PROCEDURA SANITARIA**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Revisione della procedura	Revisione della procedura	Revisione della procedura	Revisione della procedura	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**2. MONITORAGGIO INDICATORI (CADUTE/LESIONI/CONTENZIONE) TRAMITE PORTALE GAAC**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Attività di monitoraggio	Attività di monitoraggio	Attività di monitoraggio	Attività di monitoraggio	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**3. REVISIONE DEI PIANI DI LAVORO**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**4. PARTECIPAZIONE AD ALMENO IL 70% DEI COORDINAMENTI DI STRUTTURA (SALVO ASSENZE GIUSTIFICATE)**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

Obiettivo operativo annuale **RAA ANIMATORI OSS**

**1. REALIZZAZIONE DI ALMENO DUE EVENTI CHE COINVOLGANO ANZIANI, FAMILIARI E TERRITORIO**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Realizzazione eventi	Realizzazione eventi	Realizzazione eventi	Realizzazione eventi	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**2. PROPOSTA E REALIZZAZIONE DI ALMENO DUE PROGETTI, AL DI FUORI DELLE NORMALI ATTIVITÀ CALENDARIZZATE**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Proposta e realizzazione progetti	Proposta e realizzazione progetti	Proposta e realizzazione progetti	Proposta e realizzazione progetti	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**3. REVISIONE DEI PIANI DI LAVORO**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

**4. PARTECIPAZIONE AD ALMENO IL 70% DEI COORDINAMENTI DI STRUTTURA (SALVO ASSENZE GIUSTIFICATE)**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	Partecipazione ai collettivi	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	Non sono previste altre attività	

Obiettivo operativo annuale **CENTRO DIURNO DI ROLO**

**1. REVISIONE PIANO DI LAVORO**

ANNO	Gennaio / marzo	Aprile / giugno	Luglio / settembre	Ottobre / dicembre	Rispetto al piano precedente
2024 <b>Miglioramento</b>	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	Revisione dei piani di lavoro	novità
2025 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste attività	Non sono previste attività	Non sono previste attività	Non sono previste attività	
2026 <b>Mantenimento</b>	Non sono previste attività	Non sono previste attività	Non sono previste attività	Non sono previste attività	

A seguito di tali obiettivi, i Responsabili sovra-ordinati ad altro personale, declinano a loro volta gli obiettivi ai loro collaboratori e operatori nei successivi 30/60 giorni. Tali obiettivi devono essere congruenti con quelli ricevuti e possono essere:

- Funzionali – strumentali al raggiungimento degli obietti assegnati ai singoli responsabili
- Autonomi e non correlati agli obietti assegnati ai singoli responsabili

Nel perseguire gli obiettivi assegnati il personale deve orientare la propria produzione amministrativa e operativa alla trasparenza finalizzata in via prevalente al prevenire fenomeni di corruzione o di opacità amministrativa che potrebbe dare adito anche a possibili dubbi in merito alla regolarità del perseguimento di tali obiettivi. Questo mediante:

- Pubblicazione dei risultati conseguiti sul profilo internet dell’Azienda
- Rendere disponibili gli strumenti e materiale prodotto su semplice richiesta.
- Comunicare tempestivamente e in forma continua quanto attiene al personale coinvolto anche con modalità che siano tracciate e riscontrabili in seguito
- Ritenere revocabile d’ufficio ogni scelta o atto che – discrezionale – non trovi fondamento in discipline aziendali o direttive dirigenziali tali da poter sgomberare ogni possibile dubbio sulle ragioni e finalità per e con cui si è adottato il medesimo atto o scelta.

**Tsingoli obiettivi dell’anno corrente sono concretizzati attraverso l’affidamento delle schede allegate in cui sono indicati:**

✓	Il Responsabile dell’obiettivo strategico
✓	La descrizione sintetica dell’obiettivo strategico da porre in atto
✓	Gli obiettivi operativi riferiti all’anno in corso
✓	Il peso % assegnato all’obiettivo in caso di più obiettivi annui su cui sia da distribuire il fondo di produttività.
✓	Se il grado di raggiungimento dell’obiettivo può essere o meno proporzionale ai risultati conseguiti.
✓	Le azioni, gli indicatori, i target attesi, i tempi.

**Schede e modalità di assegnazione/pesatura possono essere modificate in corso d’anno:**

- senza formalità se dovute ad adeguamenti normativi / contrattuali
- con apposito atto di approvazione e comunicazione preventiva alle Rappresentanze Sindacali Aziendali se per scelte dell’Amministrazione.

## 7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*

### 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

**Il Processo della performance**, è il complesso delle fasi e delle attività attraverso le quali si attivano i diversi strumenti e processi del sistema di gestione della performance, al fine di programmare, misurare, gestire, valutare, comunicare e rendicontare la performance in un periodo temporale determinato.

Ciascun obiettivo del Piano viene monitorato in corso di esercizio e l'anno successivo verrà effettuata la misurazione e valutazione della performance.

Come previsto dall'art.15 comma 2 lettera b) del D.Lgs. n.150/2009 l'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'ASP in collaborazione con i vertici dell'Amministrazione, è competente per la definizione del Piano della Performance.

Il percorso di redazione e realizzazione del Piano si struttura quindi come segue:

	Fase del processo	Soggetti coinvolti	Arco temporale (mesi)													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Definizione della "Vision" aziendale per il periodo di interesse	Assemblea dei Soci	X													
2	Definizione delle Aree e degli Obiettivi Strategici	Amministratore Unico	X													
3	Analisi del contesto interno e esterno	Direttore Generale	X													
4	Definizione degli Obiettivi e dei Piani Operativi	Direttore Generale	X													
5	definizione dei tempi di attuazione, definizione dei risultati attesi definizione dei relativi indicatori per misurarne la realizzazione	Direttore Generale	X													
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno dell'Organizzazione	Direttore Generale-figure apicali		X	X											
7	Attuazione Progetti Operativi	Personale dell'azienda			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Monitoraggio attività ed obiettivi del Piano e controllo della qualità	Amministratore – OIV –Dir. Gen-figure apicali						X	X		X					X

### 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Gli obiettivi del piano trovano sempre copertura con specifici stanziamenti e/o variazioni in corso d'anno (ove la loro realizzazione comporti dei costi programmabili) all'interno del bilancio annuale di previsione dell'Azienda cui si rimanda per il dettaglio dei costi indicati.

### 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*

Il **Ciclo della Performance** individua, sulla base del Piano Programmatico dell'Azienda e dei documenti programmatori e contabili finanziari del triennio, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi (albero della performance) e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la

misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori.

La definizione del Piano della Performance si basa sul documento che più di ogni altro rappresenta la pianificazione strategica dell'Azienda ovvero il Piano Programmatico.

Quest'ultimo è caratterizzato dalla necessità che i fattori di produzione debbano essere in grado di garantire una gestione caratteristica efficace ed economica, passando attraverso la ridefinizione dei rapporti con gli stakeholder principali (utenti, personale, organizzazione sindacali, Comuni, Azienda USL, fornitori di beni e servizi) tutti chiamati a contribuire, per quanto di loro competenza, alla sostenibilità economica e al mantenimento dei livelli qualitativi dei servizi erogati dall'Azienda.

In particolare occorre ricordare che il Piano delle Performance deve essere in stretta connessione:

- con i contenuti sia della programmazione strategica (Piano Programmatico), sia della programmazione finanziaria e di bilancio (Budget investimenti, Conto economico previsionale);
- con le attività istituzionali che devono comunque essere garantite dall'Asp e con le attività costituzionalmente da assicurare nei servizi agli utenti;
- con l'organizzazione interna, e le dinamiche che intervengono a variare il personale in servizio nelle sue funzioni e/o caratteristiche e competenze;

Il Piano della performance riporta indicazioni di ordine procedurale (definizione e monitoraggio obiettivi, adempimenti per la valutazione del personale,...) e sostanziale (indicatori di performance, quantificazione del punteggio di valutazione,...) per misurare il livello di performance conseguito e determinare il corrispondente compenso incentivante annuale (retribuzione/salario di risultato) spettante a ciascun dipendente dell'Amministrazione.

Il piano delle Performance assume le seguenti linee generali e stabili di intervento tesi al rafforzamento e stabilizzazione dell'azienda:

- Adeguamento costante dell'assetto organizzativo aziendale, finalizzato al dimensionamento di risorse umane e strumentali in ragione delle scelte gestionali dei servizi assegnati e delle attività amministrative (com particolare riferimento alle politiche di outsourcing e di accentramento inter o sovra provinciale di funzioni)
- Valorizzazione delle responsabilità intermedie ed il presidio di tutti i processi azienda attraverso il controllo di gestione.
- processi di formazione continua previamente approvata con il piano stesso per attivare nuove competenze e nuove possibilità per la qualificazione dei servizi;
- ricerca continua di canali di finanziamento attraverso la promozione di progetti e iniziative a cui aderire e/o da attivarsi favorendo la partnership pubblico – privato;
- Sviluppo di servizi nuovi o integrativi di quelli esistenti per efficientare l'assetto economico – gestionale dell'Asp anche in logica di allargamento del Settore di azione dell'Asp (socio – sanitario) secondo la vigente legislazione regionale e statale in materia

Il Piano riassume tutti i livelli di programmazione attivati dall'Ente, quella strategica di ente (facente capo alla direzione politico-amministrativa), quella gestionale di settore (facente capo alla direzione) e quella operativa (di Servizio/Ufficio ed individuale). Tutte le Strutture, Servizi e Uffici sono tenute ad assicurare il proprio fattivo contributo all'attuazione del Piano, poiché solo l'azione sinergica e coordinata dei diversi rami in cui si articola l'ente è in grado di ottimizzare il rapporto tra risorse impiegate e benefici ottenuti e di responsabilizzare ogni singolo individuo rispetto a un risultato di performance afferente all'intera Amministrazione.

Nel processo d'individuazione degli obiettivi di performance dovranno essere, inoltre, considerati gli adempimenti

cui gli enti pubblici devono provvedere in materia di tutela della trasparenza e dell'integrità e di lotta alla corruzione e all'illegalità.

Si tratta, in particolare, di misure finalizzate a rendere più trasparente l'operato delle Amministrazioni e a prevenire i fenomeni di corruzione/illegalità; esse richiedono un forte impegno da parte degli Enti ed è, quindi, necessario che siano opportunamente valorizzate anche nell'ambito del ciclo di gestione della performance.

La piena conoscibilità del Piano e dei suoi contenuti sarà assicurata mediante la pubblicazione del documento nella sezione del sito internet istituzionale dell'ente denominata "Amministrazione trasparente". Il Piano della performance ed il Piano della Formazione possono subire variazioni in corso d'anno anche a seguito di rettifica degli indirizzi e condizioni gestionali.

## 8. Allegati tecnici

### Allegato A: Schede di valutazione

#### IL CONTROLLO SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI



Il **controllo sulla qualità dei servizi** è svolto secondo modalità definite dall'Azienda in funzione della tipologia dei servizi e tali da assicurare comunque la rilevazione de

- soddisfazione dell'utente,
- Soddisfazione dei clienti interni (dipendenti – stakeholder)
- gestione delle risorse umane e finanziarie
- andamento dell'azione amministrativa.
- Risultati di gestione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge un controllo di prima istanza relativamente alla conformità e appropriatezza del ciclo di gestione della performance nonché un'attività di monitoraggio della sua corretta applicazione.

Il **controllo sulla qualità dei servizi** è svolto secondo modalità definite dall'azienda in funzione della tipologia dei servizi e tali da assicurare comunque una omogeneità organizzative e di comportamenti tra i vari servizi gestiti.

#### CONTROLLO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA E CONTABILE

SOGGETTI	Revisore Unico, Direttore Generale
OGGETTO	Verifiche per assicurare il regolare andamento della gestione finanziaria contabile e patrimoniale e la regolarità amministrativa dell'azienda.
LOGICA	Trasparenza - pubblicistica
RELAZIONE CON GLI ORGANI DI GOVERNO	La posizione del Revisore Unico è del tutto indipendente dagli altri organi di controllo interno nonché dagli altri organi di governo.

#### CONTROLLO DI GESTIONE

SOGGETTI	Direzione e unità interna
OGGETTO	Misurazione dell'efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa in relazione ai programmi (obiettivi gestionali, risultati attesi e relative responsabilità) ed alle risorse destinate al loro perseguimento.

LOGICA	Aziendale (supporto ai processi decisionali)
RELAZIONE CON GLI ORGANI DI GOVERNO	Organi di governo, Direttore Generale, figure apicali

#### **VALUTAZIONE DEL PERSONALE**

SOGGETTI	Organismo Indipendente di Valutazione, Direttore Generale, figure apicali
OGGETTO	Valutazione delle performances delle strutture organizzative e dei singoli
LOGICA	Aziendale (per la promozione del merito della produttività e della qualità delle prestazioni professionali)
RELAZIONE CON GLI ORGANI DI GOVERNO	Gli esiti della valutazione del personale sono resi pubblici e presentati agli organi di governo.

#### **VALUTAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO**

SOGGETTI	Organismo Indipendente di Valutazione e Consiglio di Amministrazione
OGGETTO	Valutazione della congruenza tra le mission affidate, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane finanziarie e materiali impiegate e le motivazioni della mancata attuazione di essi e possibili rimedi.
LOGICA	aziendale
RELAZIONE CON GLI ORGANI DI GOVERNO	Gli esiti della valutazione strategica sono indirizzati agli Organi di Governo.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

ALLEGATO A



# Il Piano Anticorruzione e Trasparenza

## 1. Quadro generale – finalità e struttura del PTPCT

Con il presente atto di programmazione, di durata triennale ma con aggiornamento annuale, l'ASP "Magiera Ansaloni" intende contrastare il fenomeno corruttivo all'interno delle proprie strutture e servizi, attraverso un adeguato sistema di prevenzione che veda, tra i suoi assi portanti, la trasparenza.

Le Convenzioni internazionali contro la corruzione promuovono presso gli Stati che le sottoscrivono e ratificano, oltre a misure di rafforzamento della repressione penale, anche misure di carattere preventivo ad ampio spettro sia di carattere organizzativo (oggettivo) che di carattere comportamentale (soggettivo). Le prime si preoccupano di precostituire condizioni organizzative e di lavoro che rendano difficili comportamenti corruttivi, mentre le misure preventive di carattere soggettivo si propongono di evitare una vasta serie di comportamenti devianti, consistenti in reati anche diversi da quelli di natura corruttiva, ma che possono creare allarme sociale o anche condotte contrarie a disposizioni amministrative e disciplinari, ossia contrarie all'interesse pubblico, per violazione di canoni costituzionali di imparzialità e buon andamento.

L'art. 1, comma 36, della legge 190/2012, laddove definisce i criteri di delega per il riordino della disciplina della trasparenza, si riferisce esplicitamente al fatto che gli obblighi di pubblicazione integrano livelli essenziali delle prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare anche a fini di prevenzione e contrasto della "cattiva amministrazione" e non solo ai fini di trasparenza e prevenzione e contrasto della corruzione.

Il collegamento tra le disposizioni della legge 190/2012 e l'innalzamento del livello di qualità dell'azione amministrativa, e quindi al contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione, è evidenziato anche dai successivi interventi del legislatore sulla legge 190/2012.

In particolare nell'art. 1, c. 8-bis della legge suddetta, in cui è stato fatto un esplicito riferimento alla verifica da parte dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) alla coerenza fra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Al termine "corruzione" è attribuito, dunque, un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinate negli artt. 318, 319 e 319-ter del Codice penale (ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, ma anche le situazioni venga in evidenza un malfunzionamento della pubblica amministrazione stessa.

## 2. Ambito soggettivo

Le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza si applicano a diverse categorie di soggetti pubblici e privati, come individuati nell'art. 1, comma 2-bis, della legge 190/2012 e nell'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013, in ragione della diversa natura giuridica di tali categorie di soggetti, le disposizioni richiamate prevedono regimi parzialmente differenziati.

Per l'esatta individuazione dell'ambito soggettivo, l'ANAC ha dato indicazioni con:

- la deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 ("Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016");

- la deliberane n. 1134 dello 8 novembre 2017, recante “Nuove linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”.

Nelle citate deliberazioni sono stati approfonditi profili attinenti all’ambito soggettivo, al contenuto degli obblighi di pubblicazione, alla nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT) e alla predisposizione dei PTPCT, in conformità alle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016.

Alla luce del quadro normativo e delle deliberazioni ANAC, i soggetti tenuti all’applicazione della disciplina sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza sono innanzitutto le pubbliche amministrazioni individuate e definite all’art. 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001 e smi.

Pertanto, le pubbliche amministrazioni sono le principali destinatarie delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, e sono tenute a:

- adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT);
- nominare il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT);
- pubblicare i dati, i documenti e le informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività (in “Amministrazione trasparente”);
- assicurare, altresì, la libertà di accesso di chiunque ai dati e documenti detenuti dalle stesse (accesso civico generalizzato), secondo quanto previsto nel d.lgs. 33/2013.

### **3. Il responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT)**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza di questo ente è il Direttore generale, designato con decreto dell’Amministratore Unico n.22 del 20/12/2019 pubblicato dal giorno stesso sul sito istituzionale dell’ente.

Il comma 7, dell’art. 1, della legge 190/2012 prevede che l’organo di indirizzo individui, “di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio”, il responsabile anticorruzione e della trasparenza.

La figura del responsabile anticorruzione è stata l’oggetto di significative modifiche da parte del d.lgs. 97/2016, norma che:

- 1) ha riunito in un solo soggetto, l’incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- 2) ne ha rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività.

La legge 190/2012 (articolo 1 comma 7), stabilisce che negli enti locali il responsabile sia individuato, di norma, nel segretario o nel dirigente apicale, salva diversa e motivata determinazione.

In caso di carenza di ruoli dirigenziali può essere designato un titolare di posizione organizzativa. Ma la nomina di un dipendente privo della qualifica di dirigente deve essere adeguatamente motivata con riferimento alle caratteristiche dimensionali e organizzative dell’ente.

Considerato il ruolo delicato che il RPCT svolge in ogni amministrazione, già nel PNA 2016, l’Autorità riteneva opportuno che la scelta del RPCT dovesse ricadere su persone che avessero sempre mantenuto una condotta integerrima, escludendo coloro che fossero stati destinatari di provvedimenti giudiziari di condanna o provvedimenti disciplinari.

Il PNA ha evidenziato l’esigenza che il responsabile abbia “adeguata conoscenza dell’organizzazione e del funzionamento dell’amministrazione”, e che sia: dotato della necessaria “autonomia valutativa”; in una

posizione del tutto “priva di profili di conflitto di interessi” anche potenziali; di norma, scelto tra i “dirigenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva”.

Il d.lgs. 97/2016 (art. 41 comma 1 lettera f) ha stabilito che l’organo di indirizzo assuma le modifiche organizzative necessarie “per assicurare che al responsabile siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività”.

Secondo l’ANAC, risulta indispensabile che tra le misure organizzative, da adottarsi a cura degli organi di indirizzo, vi siano anche quelle dirette ad assicurare che il responsabile possa svolgere “il suo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni”.

L’ANAC invita le amministrazioni “a regolare adeguatamente la materia con atti organizzativi generali (ad esempio, negli enti locali il regolamento degli uffici e dei servizi) e comunque nell’atto con il quale l’organo di indirizzo individua e nomina il responsabile”. Pertanto, secondo l’ANAC è “altamente auspicabile” che:

- il responsabile sia dotato d’una “struttura organizzativa di supporto adeguata”, per qualità del personale e per mezzi tecnici;
- siano assicurati al responsabile poteri effettivi di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura.

Quindi, a parere dell’Autorità “appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al responsabile”. Se ciò non fosse possibile, sarebbe opportuno assumere atti organizzativi che consentano al responsabile di avvalersi del personale di altri uffici.

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura di supporto del responsabile discende anche dalle rilevanti competenze in materia di “accesso civico” attribuite sempre al responsabile anticorruzione dal d.lgs. 97/2016.

Riguardo all’“accesso civico”, il responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- ha facoltà di chiedere agli uffici informazioni sull’esito delle domande di accesso civico;
- si occupa dei casi di “riesame” delle domande rigettate (articolo 5 comma 7 del decreto legislativo 33/2013).

Il d.lgs. 97/2016 ha esteso i doveri di segnalazione all’ANAC di tutte le “eventuali misure discriminatorie” poste in essere nei confronti del responsabile anticorruzione e comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni, mentre in precedenza era prevista la segnalazione della sola “revoca”. L’ANAC può chiedere informazioni all’organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui al comma 3 dell’articolo 15 del d.lgs. 39/2013.

Il PNA sottolinea che l’articolo 8 del DPR 62/2013 impone un “dovere di collaborazione” dei dipendenti nei confronti del responsabile anticorruzione, la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente.

**Pertanto, tutti i dirigenti, i funzionari, il personale dipendente ed i collaboratori sono tenuti a fornire al RPCT la necessaria collaborazione.**

Dal decreto 97/2016 risulta anche l’intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del responsabile anticorruzione e quelle dell’OIV, al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l’attuazione delle misure di prevenzione. A tal fine, la norma prevede:

- la facoltà all’OIV di richiedere al responsabile anticorruzione informazioni e documenti per lo svolgimento dell’attività di controllo di sua competenza;
- che il responsabile trasmetta anche all’OIV la sua relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta.

#### 4. I compiti del RPCT

Il responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza svolge i compiti seguenti:

- elabora e propone all'organo di indirizzo politico, per l'approvazione, il Piano triennale di prevenzione della corruzione (articolo 1 comma 8 legge 190/2012);
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del piano anticorruzione (articolo 1 comma 10 lettera a) legge 190/2012);
- comunica agli uffici le misure anticorruzione e per la trasparenza adottate (attraverso il PTPCT) e le relative modalità applicative e vigila sull'osservanza del piano (articolo 1 comma 14 legge 190/2012);
- propone le necessarie modifiche del PTCP, qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione, ovvero a seguito di significative violazioni delle prescrizioni del piano stesso (articolo 1 comma 10 lettera a) legge 190/2012);
- definisce le procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori di attività particolarmente esposti alla corruzione (articolo 1 comma 8 legge 190/2012);
- riferisce sull'attività svolta all'organo di indirizzo, nei casi in cui lo stesso organo di indirizzo politico lo richieda, o qualora sia il responsabile anticorruzione a ritenerlo opportuno (articolo 1 comma 14 legge 190/2012);
- trasmette all'OIV e all'organo di indirizzo una relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicata nel sito web dell'amministrazione;
- trasmette all'OIV informazioni e documenti quando richiesti dallo stesso organo di controllo (articolo 1 comma 8-bis legge 190/2012);
- segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (articolo 1 comma 7 legge 190/2012);
- segnala all'ANAC le eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, assunte nei suoi confronti "per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni" (articolo 1 comma 7 legge 190/2012);
- quando richiesto, riferisce all'ANAC in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PNA 2016, paragrafo 5.3, pagina 23);
- quale responsabile per la trasparenza, svolge un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (articolo 43 comma 1 del decreto legislativo 33/2013).
- può essere designato quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) (PNA 2016 paragrafo 5.2 pagina 22);
- può essere designato quale "gestore" delle segnalazioni di operazioni finanziarie sospette ai sensi del DM 25 settembre 2015 (PNA 2016 paragrafo 5.2 pagina 17).

Il RPCT è il soggetto (insieme al legale rappresentante dell'amministrazione interessata, all'OIV o altro organismo con funzioni analoghe) cui ANAC comunica l'avvio del procedimento con la contestazione delle presunte violazioni degli adempimenti di pubblicazione dell'amministrazione interessata. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile ad ANAC per valutare l'avvio del procedimento.

## 5. Gli altri attori del sistema

La disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al RPCT un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al

monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve in nessun caso essere interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto per deresponsabilizzarsi in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

Di seguito, si espongono i compiti dei principali ulteriori soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo, concentrandosi esclusivamente sugli aspetti essenziali a garantire una piena effettività dello stesso.

#### L'organo di indirizzo politico deve:

- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

#### I Responsabili dei Servizi devono:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

In ogni caso, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

## **6. L'approvazione del PTPCT**

La legge 190/2012 impone, ad ogni pubblica amministrazione, l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCTT). Il RPCT elabora e propone all'organo di indirizzo

politico lo schema di PTPCT che deve essere approvato ogni anno entro il 31 gennaio.  
L'attività di elaborazione del piano non può essere affidata a soggetti esterni all'amministrazione.

L'approvazione ogni anno di un nuovo piano triennale anticorruzione è obbligatoria (comunicato del Presidente ANAC 16 marzo 2018).

Nello specifico, il presente PTPCT, allo scopo di assicurare il coinvolgimento degli stakeholders e degli organi politici è stato approvato con la procedura seguente: pubblicazione della lettera ed il modulo di segnalazioni e suggerimenti da parte dei cittadini, sulla base del PTPCT in vigore e pubblicato sul sito istituzionale dell'ente. Successivamente, entro i termini dettati dalla norma, viene effettuata la nuova stesura del PTPCT che deve essere approvato dall'Amministratore unico tramite decreto.

Il comma 8 dell'art. 1 della legge 190/2012, prevede che il PTPCT debba essere trasmesso all'ANAC.

La trasmissione è svolta attraverso il nuovo applicativo elaborato dall'Autorità ed accessibile dal sito della stessa ANAC.

Il PTPCT, infine, è pubblicato in "amministrazione trasparente". I piani devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti.

## **7. Obiettivi strategici**

Il comma 8 dell'art. 1 della legge 190/2012 (rinnovato dal d.lgs. 97/2016) prevede che l'organo di indirizzo definisca gli "obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione" che costituiscono "contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del PTPCT".

Il d.lgs. 97/2016 ha attribuito al PTPCT "un valore programmatico ancora più incisivo", esso, infatti, deve necessariamente elencare gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. Conseguentemente, l'elaborazione del piano non può prescindere dal diretto coinvolgimento del vertice delle amministrazioni per ciò che concerne la determinazione delle finalità da perseguire. Decisione che è "elemento essenziale e indefettibile del piano stesso e dei documenti di programmazione strategico gestionale".

L'ANAC, con la deliberazione n. 831/2016, raccomanda proprio agli organi di indirizzo di prestare "particolare attenzione alla individuazione di detti obiettivi nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione".

Tra gli obiettivi strategici, degno di menzione è certamente "la promozione di maggiori livelli di trasparenza" da tradursi nella definizione di "obiettivi organizzativi e individuali" (art. 10 comma 3 del d.lgs. 33/2013).

La trasparenza è la misura cardine dell'intero impianto anticorruzione delineato dal legislatore della legge 190/2012.

Secondo l'art. 1 del d.lgs. 33/2013, rinnovato dal d.lgs. 97/2016: "La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche."

L'ASP "Magiera Ansaloni" ritiene che la trasparenza sostanziale dell'azione amministrativa sia la misura

principale per contrastare i fenomeni corruttivi come definiti dalla legge 190/2012.

Pertanto, intende realizzare i seguenti obiettivi di trasparenza sostanziale:

- 1- la trasparenza quale reale ed effettiva accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione;**
- 2- il libero e illimitato esercizio dell'accesso civico, come potenziato dal d.lgs. 97/2016, quale diritto riconosciuto a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati.**

Tali obiettivi hanno la funzione precipua di indirizzare l'azione amministrativa ed i comportamenti degli operatori verso:

- a) elevati livelli di trasparenza dell'azione amministrativa e dei comportamenti di dipendenti e funzionari pubblici, anche onorari;
- b) lo sviluppo della cultura della legalità e dell'integrità nella gestione del bene pubblico.

## **8. PTPCT e Piano della performance**

Come già precisato, l'integrazione è tra i principi metodologici che devono guidare la progettazione e l'attuazione del processo di gestione del rischio.

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che i PTPCT siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

In particolare, l'esigenza di integrare alcuni aspetti del PTPCT e del **Piano della performance** è stata chiaramente indicata dal legislatore e più volte sottolineata dalla stessa Autorità.

L'art. 1 comma 8 della legge 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario agli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il legame è ulteriormente rafforzato dalla disposizione contenuta nell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 che espressamente attribuisce all'OIV il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della performance e di valutare l'adeguatezza dei relativi indicatori.

Gli obiettivi strategici, principalmente di trasparenza sostanziale, sono stati formulati coerentemente con la programmazione strategica e operativa del Piano della performance triennale (art. 10 d.lgs. 150/2009).

A dimostrazione della coerenza tra PTPCT e Piano della performance, si rileva che già nella fase di presentazione del Piano della performance, nel processo d'individuazione degli obiettivi, vengono considerati e valutati gli adempimenti in materia di tutela della trasparenza e dell'integrità e di lotta alla corruzione ed illegalità, intesi come misure finalizzate a rendere più trasparente l'operato dell'amministrazione, ciò è elemento di rilevante interesse ai fini della trasparenza dell'azione e dell'organizzazione amministrativa dell'ASP.

## **9. Analisi del contesto**

La prima fase del processo di gestione del rischio di fenomeni corruttivi è l'analisi del contesto, sia esterno che interno.

In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

## 9.1. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha essenzialmente due obiettivi:

- il primo, evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- il secondo, come tali caratteristiche ambientali possano condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Da un punto di vista operativo, l'analisi prevede sostanzialmente a due tipologie di attività: 1) l'acquisizione dei dati rilevanti; 2) l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

Con riferimento al primo aspetto, l'amministrazione utilizza dati e informazioni sia di tipo "oggettivo" (economico, giudiziario, ecc.) che di tipo "soggettivo", relativi alla percezione del fenomeno corruttivo da parte degli stakeholder.

Secondo il PNA, riguardo alle fonti esterne, l'amministrazione può reperire una molteplicità di dati relativi al contesto culturale, sociale ed economico attraverso la consultazione di banche dati o di studi di diversi soggetti e istituzioni (ISTAT, Università e Centri di ricerca, Regione, ecc.).

Particolare importanza rivestono i dati giudiziari relativi al tasso di criminalità generale del territorio della provincia di Reggio Emilia (territorio in cui sono presenti le strutture residenziali e semiresidenziali gestite da ASP).

Nello specifico, per quanto concerne il territorio dell'ente, attraverso l'analisi dei dati in possesso della Regione Emilia Romagna e dei dati forniti dagli studi di Unioncamere si rilevano i seguenti aspetti:

- le attività di ricerca hanno permesso di ricostruire un quadro articolato della presenza delle organizzazioni criminali presenti sul territorio e di comprendere le strategie adottate da tali organizzazioni nel condurre attività illecite
- le attività territoriali più vulnerabile, ma anche quelle più studiate e conosciute, della regione Emilia Romagna sono quelle di Reggio Emilia e Modena, dove le indagini confermano la presenza di sistemi malavitosi nei cantieri edili, è infatti l'edilizia il settore più vulnerabile all'infiltrazione mafiosa (vedi inchiesta Aemilia)
- negli ultimi tempi alla presenze mafiose italiane si sono aggiunti criminali di origine straniera, in particolare albanese e nigeriana, attivi principalmente nel traffico di stupefacenti e nello sfruttamento della prostituzione

Dalla sintesi del suddetto quadro si evince quanto gli elementi sternali interessati a comportamenti illeciti siano lontani dalla realtà dell'ente, che invece è unicamente dedicato all'assistenza di utenti anziani e non autosufficienti.

In relazione ai fenomeni di corruzione ed illegalità nell'ambiente amministrativo, oltre al controllo costante da parte del RPCT, lo stesso impianto normativo di riferimento è stato aggiornato ed adeguato al nuovo Codice degli appalti pubblici D.lgs. 50/2016 e s.m.i. oltre all'Osservatorio regionale che tramite un sistema informativo svolge un efficace attività di monitoraggio dell'intero ciclo di realizzazione degli appalti pubblici.

## 9.2. Analisi del contesto interno

Riguardo alle fonti interne, l'amministrazione utilizza interviste tra l'organo di indirizzo ed i responsabili delle strutture; inoltre sono valutabili, se presenti, le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o altre modalità; i risultati dall'azione di monitoraggio del RPCT; informazioni raccolte nel corso di incontri e

attività congiunte con altre amministrazioni che operano nello stesso territorio o settore.

L'analisi del contesto interno è incentrata:

- sull'esame della struttura organizzativa e delle principali funzioni da essa svolte, per evidenziare il sistema delle responsabilità;
- sulla mappatura dei processi e delle attività dell'ente, consistente nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

### 9.2.1. La struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'ASP è ripartita in Aree/Settori. Ciascuna Area/Settore è organizzata con una figura di riferimento; il responsabile dell'intera organizzazione è il Direttore generale.

La dotazione organica è stata da ultimo modificata e ridefinita nel decreto dell'Amministratore Unico n. 15/2020.

Si riportano di seguito i soggetti che, all'interno dell'azienda, sono coinvolti nella stesura e nell'attuazione del Piano:

**L'Assemblea dei Soci** è l'organo di indirizzo e di vigilanza sull'attività dell'azienda, determina obiettivi e strategie ed elabora i processi decisionali elaborati dal Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) o dall'Amministratore Unico;

Nell'anno 2018 con delibera dell'Assemblea dei Soci nr. 1/2018 si è preso atto del nuovo Statuto dell'ASP, approvato ai sensi della L.R 12/2013 dalla Regione Emilia Romagna con propria deliberazione n° 69 del 22/01/2018.

Il nuovo Statuto prevede – come stabilito dalla citata legge regionale – l'Amministratore Unico in luogo del Consiglio di Amministrazione, considerato che in data 12/03/2018 è scaduto il quinquennio di incarico del Consiglio di Amministrazione, a far data dal 13 marzo 2018 sono cessate le sue funzioni ed è stato nominato un Amministratore Unico (delibera n. 2 del 13/03/2018).

**L'Amministratore Unico** è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci individuando le strategie e gli obiettivi di gestione; è inoltre l'organo competente ad individuare il Responsabile della prevenzione della corruzione e ad approvare il Piano e i relativi aggiornamenti, svolge un ruolo attivo nel processo di adozione del Piano, è parte attiva anche nell'attuazione del Piano, in quanto competente ad adottare atti regolamentari finalizzati, direttamente o indirettamente, alla prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento);

il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, individuato nella persona del Direttore Generale, in collaborazione il responsabile dell'Ufficio Affari Generali, ha come competenze: la predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dei relativi aggiornamenti; la verifica dell'efficace attuazione del Piano e la formulazione di proposte di modifica, allorché vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Ente e, in ogni caso, ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità; l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione; la vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali di cui al D. Lgs. 39/2013; il monitoraggio sullo stato di attuazione del Codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013; la pubblicazione sul sito web di una relazione sui risultati dell'attività svolta. All'interno dell'Ente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è anche Responsabile della Trasparenza, con il compito di svolgere le connesse funzioni, per le quali si rinvia a quanto definito nel presente programma nella parte dedicata alla Trasparenza e l'Integrità che integra il presente Piano;

- i **Responsabili dei Servizi**, chiamati, ciascuno per l'attività di relativa competenza (Coordinatori), a collaborare alla stesura del Piano in quanto diretti preposti ai fini dell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione individuate dal PTPCT e del monitoraggio sul corretto adempimento e sull'efficacia delle azioni intraprese, assicurando costante attività di reporting al Direttore; sono altresì tenuti a partecipare al processo di gestione

del rischio e a garantire l'attuazione delle misure di prevenzione, verificandone l'efficacia e il rispetto da parte dei dipendenti assegnati, ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. l-ter e l-quater del D. Lgs. 165/2001 e del vigente Regolamento sull'organizzazione degli uffici, nonché assicurando periodica attività di reporting al Direttore Generale dell'ordinaria gestione dei servizi; vigilano, inoltre, sull'osservanza del Codice di comportamento;

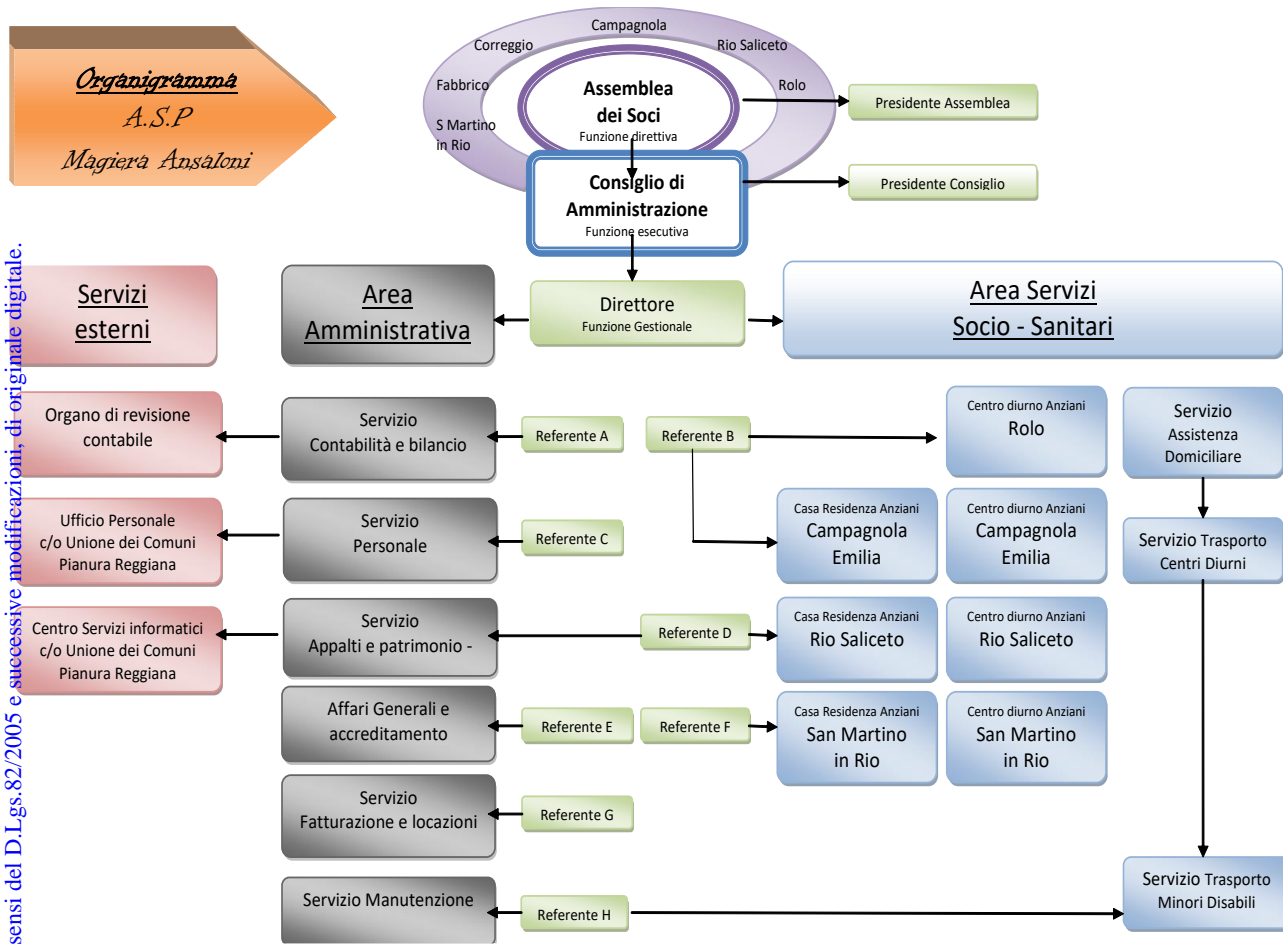
- **il personale**, chiamato a dare attuazione al Piano, sulla base di iniziative formative sui temi dell'etica e delle legalità e/o su tematiche specifiche, e delle direttive impartite dai responsabili dei servizi;
- **i collaboratori esterni**, tenuti all'osservanza del Codice di comportamento e diretti destinatari di alcune misure di prevenzione contenute nel P.T.P.C.;
- **l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**, che coincide con la figura del Direttore generale, cura l'avvio dei procedimenti disciplinari ed è tenuto alla stesura del Codice di comportamento nonché a vigilare sul relativo stato di attuazione;
- **l'Organo di Revisione Contabile** che esercita il controllo sulla regolarità contabile e vigila sulla correttezza della gestione economico-finanziaria dell'azienda.
- **l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, competente a verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance, nonché, in qualità di garante dell'integrità dell'azione amministrativa, chiamato a monitorare sull'adempimento degli obblighi di trasparenza.

### 9.2.2. Funzioni e compiti della struttura

La struttura organizzativa è chiamata a svolgere tutti i compiti e le funzioni che l'ordinamento attribuisce a questo.

L'organigramma è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa aziendale, che descrive sinteticamente le funzioni, i compiti e le mansioni esistenti. L'organigramma rappresenta le unità organizzative (dette organi) ed esprime il loro collocamento all'interno del quadro generale:

Le



COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE. In base ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

Le aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) nascono dalla trasformazione delle Ipab a norma della Legge Regionale 2/2003 allo scopo di fornire un assetto più strutturato e funzionale alla componente pubblica del sistema di produzione ed erogazione dei servizi per le persone in ogni fascia d'età, nell'ottica della più ampia integrazione socio-sanitaria. Le Asp permettono infatti una gestione unitaria e una qualificazione dei servizi grazie al superamento della frammentarietà degli interventi e allo sviluppo dell'integrazione con gli altri soggetti e servizi che costituiscono il welfare di comunità. Le Asp si caratterizzano infatti come aziende multiservizi per garantire maggiore economicità e miglioramento della qualità degli interventi attraverso la riorganizzazione, in tutto il territorio regionale, dell'offerta pubblica di servizi che, con gli altri soggetti pubblici e privati, costituirà la rete integrata dei servizi territoriali. Ai sensi della legge regionale 2/2003 le Asp sono aziende di diritto pubblico, dotate di personalità giuridica, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria e non hanno fini di lucro.

### 9.3. La mappatura dei processi

L'aspetto più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi, che nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Secondo l'ANAC, nell'analisi dei processi organizzativi è necessario tener conto anche delle attività che un'amministrazione ha esternalizzato ad altre entità pubbliche, private o miste, in quanto il rischio di corruzione potrebbe annidarsi anche in questi processi.

Secondo il PNA, un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

La mappatura dei processi si articola in 3 fasi: identificazione, descrizione, rappresentazione.

L'identificazione dei processi consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti.

In questa fase l'obiettivo è definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

ANAC ribadisce che i processi individuati dovranno fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio.

Il risultato atteso della prima fase della mappatura è l'identificazione dell'elenco completo dei processi dall'amministrazione.

Secondo gli indirizzi del PNA, i processi identificati sono poi aggregati nelle cosiddette "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Le aree di rischio possono essere distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche guardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Il PNA 2020, ha individuato le seguenti "Aree di rischio" per gli enti locali:

1. acquisizione e gestione del personale;
2. affari legali e contenzioso;
3. contratti pubblici;
4. controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
5. gestione dei rifiuti;
6. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
7. governo del territorio;
8. incarichi e nomine;
9. pianificazione urbanistica;
10. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato;
11. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari rivi di effetto economico diretto e immediato.

Oltre, alle undici "Aree di rischio" proposte dal PNA, il presente prevede un'ulteriore area definita "Altri servizi". In tale sottoinsieme sono ordinati processi tipici degli enti territoriali, in genere privi di rilevanza economica e difficilmente riconducibili ad una delle aree proposte dal PNA.

Ci si riferisce, ad esempio, ai processi relativi a: gestione del protocollo, funzionamento degli organi collegiali, istruttoria delle deliberazioni, ecc.

La preliminare mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

**E' necessario sottolineare: per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili dei servizi, inoltre alcuni delle suddette "Aree di rischio" non sono inerenti alle funzioni/compiti di un'Azienda di servizi alla persona (ASP).**

Il PNA suggerisce di "programmare adeguatamente l'attività di rilevazione dei processi individuando nel PTPCT tempi e responsabilità relative alla loro mappatura, in maniera tale da rendere possibile, con gradualità e tenendo conto delle risorse disponibili, il passaggio da soluzioni semplificate (es. elenco dei processi con descrizione solo parziale) a soluzioni più evolute (descrizione più analitica ed estesa)".

Laddove possibile, l'ANAC suggerisce anche di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati.

Dovuta l'approfondita ed esclusiva conoscenza da parte di ciascun funzionario dei procedimenti, dei processi e delle attività svolte dal proprio ufficio, consultando ognuno e riassumendole in un elaborato, si è potuto nucleare i processi elencati nelle schede allegate, denominate "Mappatura dei processi a catalogo dei rischi" (Allegato A e B).

Tali processi, sempre secondo gli indirizzi espressi dal PNA, sono stati brevemente descritti (mediante indicazione dell'input, delle attività costitutive il processo, e dell'output finale) e, infine, è stata registrata l'unità organizzativa (ufficio competente) responsabile del processo stesso.

#### 9.4 Valutazione e trattamento del rischio

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

Tale "macro-fase" si compone di tre (sub) fasi: identificazione, analisi e ponderazione.

##### 9.4.1. Identificazione

Nella fase di identificazione degli "eventi rischiosi" l'obiettivo è individuare comportamenti o fatti, relativi ai processi dell'amministrazione, tramite i quali si concretizza il fenomeno corruttivo.

Secondo l'ANAC, "questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione".

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è essenziale. Infatti, i vari responsabili degli uffici, vantando una conoscenza approfondita delle attività, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Inoltre, è opportuno che il RPCT, "mantenga un atteggiamento attivo, attento a individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici e a integrare, eventualmente, il registro (o catalogo) dei rischi".

Per individuare gli "eventi rischiosi" è necessario: definire l'oggetto di analisi; utilizzare tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative; individuare i rischi e formalizzarli nel PTPCT.

L'oggetto di analisi è l'unità di riferimento rispetto alla quale individuare gli eventi rischiosi.

Dopo la “mappatura”, l’oggetto di analisi può essere: l’intero processo; ovvero le singole attività che compongono ciascun processo.

Secondo l’Autorità, “Tenendo conto della dimensione organizzativa dell’amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, l’oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti”.

L’ANAC ritiene che, in ogni caso, il livello minimo di analisi per l’identificazione dei rischi debba essere rappresentato almeno dal “processo”. In tal caso, i processi rappresentativi dell’attività dell’amministrazione “non sono ulteriormente disaggregati in attività”.

Tale impostazione metodologica è conforme al principio della “gradualità”.

**L’analisi svolta per processi, e non per singole attività che compongono i processi, “è ammissibile per amministrazioni di dimensione organizzativa ridotta o con poche risorse e competenze adeguate allo scopo, ovvero in particolari situazioni di criticità”.** L’impossibilità di realizzare l’analisi a un livello qualitativo più avanzato deve essere adeguatamente motivata nel PTPCT che deve prevedere la programmazione, nel tempo, del graduale innalzamento del dettaglio dell’analisi.

L’Autorità consente che l’analisi non sia svolta per singole attività anche per i “processi in cui, a seguito di adeguate e rigorose valutazioni già svolte nei precedenti PTPCT, il rischio corruttivo [sia] stato ritenuto basso e per i quali non si siano manifestati, nel frattempo, fatti o situazioni indicative di qualche forma di criticità”. Al contrario, per i processi che abbiano registrato rischi corruttivi elevati, l’identificazione del rischio sarà sviluppata con un maggior livello di dettaglio, individuando come oggetto di analisi, le singole attività del processo”.

Data la dimensione organizzativa contenuta dell’ente, è stata svolta l’analisi per singoli “processi” (senza comporre gli stessi in “attività”, fatta eccezione per i processi relativi agli affidamenti di lavori, servizi e forniture).

Sempre secondo gli indirizzi del PNA, e in attuazione del principio della “gradualità” (PNA 2019), tutti gli interessati ai “processi” si riuniranno nel corso del prossimo esercizio (e dei due successivi) per affinare la metodologia di lavoro, passando dal livello minimo di analisi (per processo) ad un livello via via più dettagliato (per attività), perlomeno per i processi maggiormente esposti a rischi corruttivi.

Tenuto conto della dimensione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, ogni amministrazione stabilisce le tecniche da utilizzare, indicandole nel PTPCT.

L’ANAC propone, a titolo di esempio, un elenco di fonti informative utilizzabili per individuare eventi rischiosi: i risultati dell’analisi del contesto interno e esterno; le risultanze della mappatura dei processi; l’analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato, anche in altre amministrazioni o enti simili; incontri con i responsabili o il personale che abbia conoscenza diretta dei processi e quindi delle relative criticità; gli esiti del monitoraggio svolto dal RPCT e delle attività di altri organi di controllo interno; le segnalazioni ricevute tramite il “whistleblowing” o attraverso altre modalità; le esemplificazioni eventualmente elaborate dall’ANAC per il comparto di riferimento.

L’ RPCT, ha applicato principalmente le metodologie seguenti:

- in primo luogo, la partecipazione degli stessi funzionari responsabili, con conoscenza diretta dei processi e quindi delle relative criticità, a riunioni specifiche sul tema anticorruzione e trasparenza;
- quindi, i risultati dell’analisi del contesto;
- le risultanze della mappatura;
- l’analisi di casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato in altre amministrazioni o enti simili;

- segnalazioni ricevute tramite il “whistleblowing” o con altre modalità.

Identificazione dei rischi: una volta individuati gli eventi rischiosi, questi devono essere formalizzati e documentati nel PTPCT.

Secondo l’Autorità, la formalizzazione potrà avvenire tramite un “registro o catalogo dei rischi” dove, per ogni oggetto di analisi, processo o attività che sia, è riportata la descrizione di “tutti gli eventi rischiosi che possono manifestarsi”. Per ciascun processo deve essere individuato almeno un evento rischioso.

Nella costruzione del registro l’Autorità ritiene che sia “importante fare in modo che gli eventi rischiosi siano adeguatamente descritti” e che siano “specifici del processo nel quale sono stati rilevati e non generici”.

RPCT, in collaborazioni con i funzionari dell’ente che vantano una approfondita conoscenza dei procedimenti, dei processi e delle attività svolte dal proprio ufficio, ha prodotto un **catalogo dei rischi principali**.

Il catalogo è riportato nelle schede allegate, denominate “**Mappatura dei processi a catalogo dei rischi**” (**Allegato A e B**), **colonna F**, per ciascun processo è indicato il rischio individuato.

#### 9.4.2 Analisi del rischio

L’analisi del rischio secondo il PNA si prefigge due obiettivi: comprendere gli eventi rischiosi, identificati nella fase precedente, attraverso l’esame dei cosiddetti “fattori abilitanti” della corruzione; stimare il livello di esposizione al rischio dei processi e delle attività.

##### Fattori abilitanti

L’analisi è volta a comprendere i “fattori abilitanti” la corruzione, i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione (che nell’aggiornamento del PNA 2015 erano denominati, più semplicemente, “cause” dei fenomeni di malaffare).

Per ciascun rischio, i fattori abilitanti possono essere molteplici e combinarsi tra loro. L’Autorità propone i seguenti esempi:

- assenza di misure di trattamento del rischio (controlli): si deve verificare se siano già stati predisposti, e con quale efficacia, strumenti di controllo degli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

##### Stima del livello di rischio

In questa fase si procede alla stima del livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto di analisi. Misurare il grado di esposizione al rischio consente di individuare i processi e le attività sui quali concentrare le misure di trattamento e il successivo monitoraggio da parte del RPCT.

Secondo l'ANAC, l'analisi deve svolgersi secondo un criterio generale di "prudenza" poiché è assolutamente necessario "evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione".

L'analisi si sviluppa secondo le sub-fasi seguenti: scegliere l'approccio valutativo; individuare i criteri di valutazione; rilevare i dati e le informazioni; formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Per stimare l'esposizione ai rischi, l'approccio può essere di tipo qualitativo o quantitativo, oppure un mix tra i due.

*Approccio qualitativo:* l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, in genere non prevedono una rappresentazione di sintesi in termini numerici.

*Approccio quantitativo:* nell'approccio di tipo quantitativo si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare il rischio in termini numerici.

Secondo l'ANAC, "considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), per il quale non si dispone, ad oggi, di serie storiche particolarmente robuste per analisi di natura quantitativa, che richiederebbero competenze che in molte amministrazioni non sono presenti, e ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa, si suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza".

#### Criteri di valutazione

ANAC ritiene che "i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere adottati operativamente in **indicatori di rischio** (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti". Per stimare il rischio, quindi, è necessario definire preliminarmente indicatori del livello di esposizione del processo al rischio di corruzione.

In forza del principio di "gradualità", tenendo conto della dimensione organizzativa, delle conoscenze e delle risorse, gli indicatori possono avere livelli di qualità e di complessità progressivamente crescenti.

Sulla base di quanto indicato dall'Autorità, gli indicatori sono:

1. **livello di interesse "esterno":** la presenza di interessi rilevanti, economici o meno, e di benefici per i destinatari determina un incremento del rischio;
2. **grado di discrezionalità del decisore interno:** un processo decisionale altamente discrezionale si caratterizza per un livello di rischio maggiore rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
3. **manifestazione di eventi corruttivi in passato:** se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha caratteristiche che rendono praticabile il malaffare;
4. **trasparenza/opacità del processo decisionale:** l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, abbassa il rischio;
5. **livello di collaborazione del responsabile del processo nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del piano:** la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della corruzione o, comunque, determinare una certa opacità sul reale livello di rischio;
6. **grado di attuazione delle misure di trattamento:** l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore probabilità di fatti corruttivi.

L' RPCT, coadiuvato dai funzionari dell'ente responsabili delle principali ripartizioni organizzative, ha fatto uso dei suddetti indicatori.

I risultati dell'analisi sono stati riportati nelle schede allegate, denominate “**Analisi dei rischi**” (**Allegato A e B**).

### Rilevazione dei dati e delle informazioni

La rilevazione di dati e informazioni necessari ad esprimere un giudizio motivato sugli indicatori di rischio, di cui al paragrafo precedente, è effettuata dall' RPCT.

Il PNA prevede che le informazioni possano essere “rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati”, oppure attraverso modalità di autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici coinvolti nello svolgimento del processo.

Qualora si applichi l'autovalutazione, il RPCT deve vagliare le stime dei responsabili per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima delle stesse, secondo il principio della “prudenza”.

Le valutazioni devono essere suffragate dalla “motivazione del giudizio espresso”, fornite di “evidenze a supporto” e sostenute da “dati oggettivi, salvo documentata indisponibilità degli stessi” (Allegato n. 1, Part. 4.2, pag. 29).

L'ANAC ha suggerito i seguenti “dati oggettivi”:

- i dati sui precedenti giudiziari e disciplinari a carico dei dipendenti, fermo restando che le fattispecie da considerare sono le sentenze definitive, i procedimenti in corso, le citazioni a giudizio relativi a: reati contro la PA; falso e truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate alla PA (artt. 640 e 640-bis CP); procedimenti per responsabilità contabile; ricorsi in tema di affidamento di contratti);
- le segnalazioni pervenute: whistleblowing o altre modalità, reclami, indagini di *customer satisfaction*, ecc.;
- ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (ad esempio: rassegne stampa, ecc.).

L'RPCT ha ritenuto di procedere con la metodologia dell'“**autovalutazione**” proposta dall'ANAC (PNA 2019, Allegato 1, pag. 29), lo stesso ha vagliato le stime dei responsabili dei servizi per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima delle stesse, secondo il principio della “prudenza”.

I risultati dell'analisi sono stati riportati nelle schede allegate, denominate “**Analisi dei rischi**” (**Allegato A e B**).

Tutte le “valutazioni” espresse sono supportate da una chiara e sintetica motivazioni esposta nell'ultima colonna a destra (“**Motivazione**”) nelle suddette schede.

### Misurazione del rischio

In questa fase, per ogni oggetto di analisi si procede alla misurazione degli indicatori di rischio.

L'ANAC sostiene che sarebbe “opportuno privilegiare un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi”.

Se la misurazione degli indicatori di rischio viene svolta con metodologia “qualitativa” è possibile applicare una scala di valutazione di tipo ordinale: alto, medio, basso. “Ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte” (PNA 2019, Allegato n. 1, pag. 30).

Attraverso la misurazione dei singoli indicatori si dovrà pervenire alla valutazione complessiva del livello di rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una “misurazione sintetica” e, anche in questo caso, potrà essere usata la scala di misurazione ordinale (basso, medio, alto), si procede con la seguente modalità:

- qualora, per un dato processo, siano ipotizzabili più eventi rischiosi con un diverso livello di rischio, si fa riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;

- evitare che la valutazione sia data dalla media dei singoli indicatori; è necessario “far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico” come suggerito dalla stessa ANAC.

In ogni caso, vige il principio per cui “ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte”.

Pertanto, come da PNA, l'analisi del presente PTPCT è stata svolta con **metodologia di tipo qualitativo** ed è stata applicata una **scala ordinale**, con dettaglio riferito a quello suggerito dal PNA (basso, medio, alto).

I risultati della misurazione sono riportati nelle schede allegate, denominate “**Analisi dei rischi**” (**Allegato A e B**). Nella colonna denominata “**Valutazione complessiva**” è indicata la misurazione di sintesi di ciascun oggetto di analisi.

Tutte le valutazioni sono supportate da una chiara e sintetica motivazione esposta nell'ultima colonna a destra (“**Motivazione**”).

### 9.4.3 La ponderazione

La ponderazione del rischio è l'ultima delle fasi che compongono la macro-fase di valutazione del rischio.

Lo scopo della ponderazione è quello di “agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione” (Allegato n. 1, Par. 4.3, pag. 31).

Nella fase di ponderazione si stabiliscono:

- le azioni da intraprendere per ridurre il grado di rischio;
- le priorità di trattamento, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Per quanto concerne le **azioni**, al termine della valutazione del rischio, devono essere soppesate diverse opzioni per ridurre l'esposizione di processi e attività alla corruzione. “La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti”.

Un concetto essenziale per decidere se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo” che consiste nel rischio che permane una volta che le misure di prevenzione siano state correttamente attuate.

L'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio residuo ad un livello quanto più prossimo allo zero. Ma il rischio residuo non potrà mai essere del tutto azzerato in quanto, anche in presenza di misure di prevenzione, la probabilità che si verifichino fenomeni di malaffare non potrà mai essere del tutto annullata.

Per quanto concerne la definizione delle **priorità di trattamento**, nell'impostare le azioni di prevenzione si dovrà tener conto del livello di esposizione al rischio e “procedere in ordine via via decrescente”, iniziando dalle attività che presentano un'esposizione più elevata fino ad arrivare al trattamento di quelle con un rischio più contenuto.

## 9.5. Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase finalizzata ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

In tale fase, si progetta l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle misure stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

Le misure possono essere "generali" o "specifiche".

- Le **misure generali** intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;
- le **misure specifiche** agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Tutte le attività fin qui effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT.

È pur vero tuttavia che, in assenza di un'adeguata analisi propedeutica, l'attività di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione può rivelarsi inadeguata.

In conclusione, il trattamento del rischio rappresenta la fase in cui si individuano le misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta (fase 1) e si programmano le modalità della loro attuazione (fase 2).

### 9.5.1. Individuazione delle misure

La prima fase del trattamento del rischio ha l'obiettivo di identificare le misure di prevenzione della corruzione, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi.

In questa fase, dunque, l'amministrazione è chiamata ad individuare le misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento è quella di individuare, per quei rischi (e attività del processo cui si riferiscono) ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione abbinate a tali rischi.

Il PNA suggerisce le misure seguenti, che possono essere applicate sia come "generali" che come "specifiche":

controllo;

trasparenza;

definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;

regolamentazione;

semplificazione;

formazione;

sensibilizzazione e partecipazione;

rotazione;

segnalazione e protezione;

disciplina del conflitto di interessi;

regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari” (lobbies).

A titolo esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere programmata come misure “generale” o come misura “specificata”.

Essa è **generale** quando insiste trasversalmente sull’organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell’azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del d.lgs. 33/2013); è, invece, di tipo **specifico**, se in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l’analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima “opachi” e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Con riferimento alle principali categorie di misure, l’ANAC ritiene particolarmente importanti quelle relative alla semplificazione e sensibilizzazione interna (promozione di etica pubblica) in quanto, ad oggi, ancora poco utilizzate.

La semplificazione, in particolare, è utile laddove l’analisi del rischio abbia evidenziato che i fattori abilitanti i rischi del processo siano una regolamentazione eccessiva o non chiara, tali da generare una forte asimmetria informativa tra il cittadino e colui che ha la responsabilità del processo.

L’individuazione delle misure di prevenzione non deve essere astratta e generica. L’indicazione della mera categoria della misura non può, in alcun modo, assolvere al compito di individuare la misura (sia essa generale o specifica) che si intende attuare. È necessario indicare chiaramente la misura puntuale che l’amministrazione ha individuato ed intende attuare.

Ciascuna misura dovrebbe disporre dei requisiti seguenti:

**1- presenza ed adeguatezza di misure o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione:** al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, prima dell’identificazione di nuove misure, è necessaria un’analisi sulle eventuali misure previste nei Piani precedenti e su eventuali controlli già esistenti per valutarne il livello di attuazione e l’adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti; solo in caso contrario occorre identificare nuove misure; in caso di misure già esistenti e non attuate, la priorità è la loro attuazione, mentre in caso di inefficacia occorre identificarne le motivazioni;

**2- capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio:** l’identificazione della misura deve essere la conseguenza logica dell’adeguata comprensione dei fattori abilitanti l’evento rischioso; se l’analisi del rischio ha evidenziato che il fattore abilitante in un dato processo è connesso alla carenza dei controlli, la misura di prevenzione dovrà incidere su tale aspetto e potrà essere, ad esempio, l’attivazione di una nuova procedura di controllo o il rafforzamento di quelle già presenti. In questo stesso esempio, avrà poco senso applicare per questo evento rischioso la rotazione del personale dirigenziale perché, anche ammesso che la rotazione fosse attuata, non sarebbe in grado di incidere sul fattore abilitante l’evento rischioso (che è appunto l’assenza di strumenti di controllo);

**3- sostenibilità economica e organizzativa delle misure:** l’identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni; se fosse ignorato quest’aspetto, il PTPCT finirebbe per essere poco realistico; pertanto, sarà necessario rispettare due condizioni:

- a) per ogni evento rischioso rilevante, e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio, deve essere prevista almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace;
- b) deve essere data preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia;

**4- adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione:** l'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative, per questa ragione, il PTPCT dovrebbe contenere un n. significativo di misure, in maniera tale da consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione.

Come nelle fasi precedenti, anche l'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli stakeholder.

Le misure adottate dall'ASP sono state puntualmente indicate e descritte nelle schede allegate denominate "**Individuazione e programmazione delle misure**" (Allegato C e D).

Le misure sono elencate e descritte nella colonna E delle suddette schede.

**Per ciascun oggetto analisi è stata individuata e programmata almeno una misura di contrasto o prevenzione, secondo il criterio suggerito dal PNA del "miglior rapporto costo/efficacia".**

#### 9.5.2. Programmazione delle misure

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

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

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

- **fasi o modalità di attuazione della misura:** laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- **tempistica di attuazione della misura o delle sue fasi:** la misura deve essere scadenzata nel tempo; ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarla, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;
- **responsabilità connesse all'attuazione della misura:** in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura, al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione;
- **indicatori di monitoraggio e valori attesi:** al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

L'RPCT, dopo aver individuato misure generali e misure specifiche (elencate e descritte nelle schede allegate denominate "**Individuazione e programmazione delle misure**" - Allegato C e D), ha provveduto alla programmazione temporale delle medesime, fissando le modalità di attuazione.

Il tutto è descritto per ciascun oggetto di analisi nella **colonna F** ("Programmazione delle misure") delle suddette schede alle quali si rinvia.

## 10. Trasparenza sostanziale e accesso civico

### 10.1 Trasparenza

La trasparenza è la misura cardine dell'intero impianto anticorruzione delineato dal legislatore della legge 190/2012. Secondo l'art. 1 del d.lgs. 33/2013, rinnovato dal d.lgs. 97/2016:

“La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.”

La trasparenza è attuata principalmente attraverso la pubblicazione dei dati e delle informazioni elencate dalla legge sul sito web nella sezione "Amministrazione trasparente".

### 10.2. Accesso civico e trasparenza

Il d.lgs. 33/2013 (comma 1 dell'art. 5) prevede: “L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione”.

Mentre il comma 2, dello stesso art. 5: “Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione” obbligatoria ai sensi del decreto 33/2013.

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

L'accesso civico “generalizzato” investe ogni documento, ogni dato ed ogni informazione delle pubbliche amministrazioni. L'accesso civico incontra quale unico limite “la tutela di interessi giuridicamente rilevanti” secondo la disciplina del nuovo art. 5-bis.

Lo scopo dell'accesso generalizzato è quello “di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

Il nuovo accesso “generalizzato” non ha sostituito l'accesso civico “semplice” disciplinato dal decreto trasparenza prima delle modifiche apportate dal “Foia”.

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

Al contrario, l'accesso generalizzato “si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)”.

La deliberazione 1309/2016 ha il merito di precisare anche le differenze tra accesso civico e diritto di accedere agli atti amministrativi secondo la legge 241/1990.

L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso “documentale” di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo. La finalità

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

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 309/2016 pag. 7).

In attuazione di quanto sopra, questa amministrazione si è dotata del regolamento per la disciplina delle diverse forme di accesso con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione n. 2 del 31/01/2017.

La competenza a decidere sulle richieste di accesso è in capo alla Direzioni in collaborazione con l'ufficio Affari Generali (dotato di risorse professionali adeguate, che si specializzano nel tempo, accumulando *know how* ed esperienza), che, ai fini istruttori, dialoga con gli uffici che detengono i dati richiesti" (ANAC deliberazione 309/2016 paragrafi 3.1 e 3.2).

Oltre al regolamento, è stato approvato anche il "registro delle richieste di accesso presentate", considerato anche che l'ANAC svolge il monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni in merito alle domande di accesso generalizzato, tramite il controllo di quanto pubblicato nei siti internet istituzionali degli enti.

Il registro infatti è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, e tenuto aggiornato almeno ogni sei mesi in "amministrazione trasparente", "altri contenuti – accesso civico".

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

Del diritto all'accesso civico è stata data ampia informazione sul sito dell'ente. A norma del d.lgs. 33/2013 in "Amministrazione trasparente" sono pubblicati:

- le modalità per l'esercizio dell'accesso civico;
- il nominativo del responsabile della trasparenza al quale presentare la richiesta d'accesso civico;
- il nominativo del titolare del potere sostitutivo, con l'indicazione dei relativi recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale;

### 10.3. Trasparenza e privacy

Dal 25 maggio 2018 è in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)" (di seguito RGPD).

Inoltre, dal 19 settembre 2018, è vigente il d.lgs. 101/2018 che ha adeguato il Codice in materia di protezione dei dati personali (il d.lgs. 196/2003) alle disposizioni del suddetto Regolamento (UE) 2016/679.

L'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018 (in continuità con il previgente art. 19 del Codice)

dispone che la base giuridica per il trattamento di dati personali, effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento"

Il comma 3 del medesimo art. 2-ter stabilisce che "la diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1".

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato restando fermo il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o di regolamento.

Pertanto, occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di un presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679.

Assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, comma 4, dispone inoltre che "nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione".

Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

Allo stesso tenore, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

#### 10.4. Comunicazione

Per assicurare che la trasparenza sia sostanziale ed effettiva non è sufficiente provvedere alla pubblicazione di tutti gli atti ed i provvedimenti previsti dalla normativa, ma occorre semplificarne il linguaggio, rimodulandolo in funzione della trasparenza e della piena comprensibilità del contenuto dei documenti da parte di chiunque e non solo degli addetti ai lavori.

E' necessario utilizzare un linguaggio semplice, elementare, evitando per quanto possibile espressioni burocratiche, abbreviazioni e tecnicismi dando applicazione alle direttive emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica negli anni 2002 e 2005 in tema di semplificazione del linguaggio delle pubbliche amministrazioni.

Il sito web dell'ente è il mezzo primario di comunicazione ([www.magieraansaloni.it](http://www.magieraansaloni.it)), accessibile e poco oneroso, attraverso il quale l'amministrazione garantisce un'informazione trasparente ed esauriente circa il suo operato, promuove nuove relazioni con i cittadini, le imprese le altre PA, pubblicizza e consente l'accesso ai propri servizi,

consolida la propria immagine istituzionale.

Ai fini dell'applicazione dei principi di trasparenza e integrità, l'ente ha da tempo realizzato un sito internet istituzionale costantemente aggiornato.

Come deliberato dall'Autorità nazionale anticorruzione (legge 190/2012), per gli atti soggetti a pubblicità legale **all'albo pretorio on line**, nei casi in cui tali atti rientrino nelle categorie per le quali l'obbligo è previsto dalle legge, rimane invariato anche l'obbligo di pubblicazione in altre sezioni del sito istituzionale, nonché nell'apposita sezione "trasparenza, valutazione e merito" (oggi "amministrazione trasparente").

L'ente è munito di **posta elettronica ordinaria e certificata**: [magieraansaloni@cert.provincia.re.it](mailto:magieraansaloni@cert.provincia.re.it)

Sul sito web, nella home page, è riportato l'indirizzo PEC istituzionale, oltre agli indirizzi di posta elettronica ordinaria di ciascun ufficio, nonché gli altri consueti recapiti (telefono, fax, ecc.).

### 10.5. Modalità attuative

Allegato n. 1, della deliberazione ANAC 28 dicembre 2016 n. 1310, integrando i contenuti della scheda allegata al d.lgs. 33/2013, ha rinnovato la disciplina la struttura delle informazioni da pubblicarsi sui siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni adeguandola alle novità introdotte dal d.lgs. 97/2016.

Come noto, il legislatore ha organizzato in sotto-sezioni di primo e di secondo livello le informazioni, i documenti e i dati da pubblicare obbligatoriamente nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito web.

Oggi le sotto-sezioni devono essere denominate esattamente come indicato dalla deliberazione ANAC 1310/2016.

Le schede allegate denominate "**ALLEGATO C e D - Misure di trasparenza**" ripropongono fedelmente i contenuti, assai puntuali e dettagliati, quindi più che esaustivi, dell'Allegato n. 1 della deliberazione ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310.

Rispetto alla deliberazione 1310/2016, le tabelle di questo piano sono composte da sette colonne, anziché sei.

Infatti, è stata aggiunta la "**Colonna G**" (a destra) per poter indicare, in modo chiaro, l'ufficio responsabile delle pubblicazioni previste nelle altre colonne.

Le tabelle, composte da sette colonne, recano i dati seguenti:

- Colonna A: denominazione delle sotto-sezioni di primo livello;
- Colonna B: denominazione delle sotto-sezioni di secondo livello;
- Colonna C: disposizioni normative, aggiornate al d.lgs. 97/2016, che impongono la pubblicazione;
- Colonna D: denominazione del singolo obbligo di pubblicazione;
- Colonna E: contenuti dell'obbligo (documenti, dati e informazioni da pubblicare in ciascuna sotto-sezione secondo le linee guida di ANAC);
- Colonna F: periodicità di aggiornamento delle pubblicazioni;
- Colonna G: ufficio responsabile della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti previsti nella colonna E secondo la periodicità prevista in colonna F.

#### Nota ai dati della Colonna F:

la normativa impone scadenze temporali diverse per l'aggiornamento delle diverse tipologie di informazioni e documenti.

L'aggiornamento delle pagine web di "Amministrazione trasparente" può avvenire "tempestivamente", oppure su base annuale, trimestrale o semestrale.

L'aggiornamento di n.si dati deve essere "tempestivo". Il legislatore non ha però specificato il concetto di tempestività, concetto relativo che può dar luogo a comportamenti anche molto difforni.

Pertanto, al fine di "rendere oggettivo" il concetto di tempestività, tutelando operatori, cittadini e amministrazione, si definisce quanto segue:

- tempestiva la pubblicazione di dati, informazioni e documenti quando effettuata entro n.30 giorni dalla disponibilità definitiva dei dati, informazioni e documenti.

#### Nota ai dati della Colonna G:

L'art. 43 comma 3 del d.lgs. 33/2013 prevede che "i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

dirigenti responsabili della trasmissione dei dati sono individuati nei Responsabili dei settori/uffici indicati nella colonna G.

dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati sono individuati nei Responsabili dei settori/uffici indicati nella colonna G.

### **10.6. Organizzazione**

referente per la trasparenza, che coadiuvano il Responsabile anticorruzione nello svolgimento delle attività previste dal d.lgs. 33/2013, è il Funzionario dell'ufficio Affari Generali ed Istituzionali dell'ASP, che è anche incaricato della gestione della sezione "amministrazione trasparente".

Gli uffici depositari dei dati, delle informazioni e dei documenti da pubblicare (indicati nella Colonna G) trasmettono a detto ufficio i dati, le informazioni ed i documenti previsti nella Colonna E all'Ufficio preposto alla gestione del sito il quale provvede alla pubblicazione entro giorni 30 dalla ricezione.

Responsabile anticorruzione e per la trasparenza sovrintende e verifica: il tempestivo invio dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli uffici depositari all'ufficio preposto alla gestione del sito; la tempestiva pubblicazione da parte dell'ufficio preposto alla gestione del sito; assicura la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni.

Nell'ambito del ciclo di gestione della performance sono definiti obiettivi, indicatori e puntuali criteri di monitoraggio e valutazione degli obblighi di pubblicazione e trasparenza.

ente rispetta con puntualità le prescrizioni dei decreti legislativi 33/2013 e 97/2016 ed assicura conoscibilità ed accessibilità a dati, documenti e informazioni elencati dal legislatore e precisati dall'ANAC.

Le limitate risorse dell'ente non consentono l'attivazione di strumenti di rilevazione circa "l'effettivo utilizzo dei dati" pubblicati.

Tali rilevazioni, in ogni caso, non sono di alcuna utilità per l'ente, obbligato comunque a pubblicare i documenti previsti dalla legge.

### **10.7. Pubblicazione di dati ulteriori**

La pubblicazione puntuale e tempestiva dei dati e delle informazioni elencate dal legislatore è più che sufficiente per assicurare la trasparenza dell'azione amministrativa di questo ente.

Pertanto, non è prevista la pubblicazione di ulteriori informazioni.

In ogni caso, i Responsabili dei servizi indicati nella colonna G, possono comunicare all'ufficio Affari Generali pubblicare i dati e le informazioni che ritengono necessari per assicurare la migliore trasparenza sostanziale

dell'azione amministrativa.

## Altri contenuti del PTPCT

### 11.1. Formazione in tema di anticorruzione

La formazione finalizzata a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione è strutturata su due livelli:

- **livello generale**, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- **livello specifico**, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

tal proposito si precisa che:

- l'art. 7-bis del d.lgs. 165/2001, che imponeva a tutte le PA la pianificazione annuale della formazione (prassi, comunque, da “consigliare”), è stato abrogato dal DPR 16 aprile 2013 n. 70;
- l'art. 21-bis del DL 50/2017 (norma valida solo per i Comuni e le loro forme associative) consente di **finanziare liberamente le attività di formazione** dei dipendenti pubblici senza tener conto del limite di spesa 2009 a condizione che sia stato approvato il bilancio previsionale dell'esercizio di riferimento entro il 31 dicembre dell'anno precedente e che sia tuttora in equilibrio;
- il DL 124/2019 (comma 2 dell'art. 57) ha stabilito che “a decorrere dall'anno 2020, alle regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano, agli enti locali e ai loro organismi e enti strumentali come definiti dall'art. 1, comma 2, del dl.gs. 118/2011, nonché ai loro enti strumentali in forma societaria, **[cessino] di applicarsi le norme in materia di contenimento e di riduzione della spesa per formazione [...]**”.

Responsabile per la prevenzione della corruzione in collaborazione con il Responsabile delle Formazioni (Funzionario Ufficio Affari generali) ha il compito di individuare, coinvolgendo anche i responsabili dei servizi, gli argomenti su cui somministrare formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Inoltre, con cadenza biennale, l'ASP provvede ad organizzare un corso di formazione/aggiornamento per tutti i dipendenti, considerando i due livelli previsti dalla specifica normativa.

### 11.2. Codice di comportamento

In attuazione dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001 e smi, il 16 aprile 2013 è stato emanato il DPR 62/2013, il Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Il comma 3 dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001, dispone che ciascuna amministrazione elabori un proprio Codice di comportamento “con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione”.

Con decreto dell'Amministratore Unico n. 18 del 04/08/2021 è stato approvato il nuovo Codice di comportamento dell'ente.

Riguardo ai meccanismi di denuncia delle violazioni del codice trova piena applicazione l'art. 55-bis comma 3 del d.lgs. 165/2001 e smi in materia di segnalazione all'ufficio competente per i procedimenti disciplinari.

### 11.3. Criteri di rotazione del personale



L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 pone condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

La norma in particolare prevede che coloro che siano 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 possano fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possano essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture,
- c) non possano essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- d) non possano 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.

**MISURA:**

Pertanto, ogni commissario e/o responsabile all'atto della designazione sarà tenuto a rendere, ai sensi del DPR 445/2000, una dichiarazione di insussistenza delle condizioni di incompatibilità di cui sopra.

L'ente verifica la veridicità di tutte le suddette dichiarazioni.

**4.1.6. Misure per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)**

Il 15 novembre 2017 la Camera ha approvato in via definitiva il disegno di legge n. 3365-B, già licenziato dal Senato il 18 ottobre 2017. La novella reca le "Disposizioni a tutela degli autori di segnalazioni di condotte illecite nel settore pubblico e privato".

Per le amministrazioni pubbliche non si tratta di una vera e propria novità, dato che l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 disciplinava il "whistleblowing" sin dal 2012, anno in cui la legge "anticorruzione" n. 190/2012 ha introdotto tale disposizione nell'ordinamento italiano.

La nuova legge sul whistleblowing ha riscritto l'art. 54-bis.

Secondo la nuova disposizione il pubblico dipendente che, "nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione", segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, oppure all'ANAC, o all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile, "condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione".

Secondo il nuovo art. 54-bis e come previsto nel PNA 2013 (Allegato 1 paragrafo B.12) sono accordate al whistleblower le seguenti garanzie:

- a) la tutela dell'anonimato;
- b) il divieto di discriminazione;
- c) la previsione che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso.

L'art. 54-bis delinea una "protezione generale ed astratta" che, secondo ANAC, deve essere completata con concrete misure di tutela del dipendente. Tutela che, in ogni caso, deve essere assicurata da tutti i soggetti che

ricevono la segnalazione.

Il Piano nazionale anticorruzione prevede, tra azioni e misure generali per la prevenzione della corruzione e, in particolare, fra quelle obbligatorie, che le amministrazioni pubbliche debbano tutelare il dipendente che segnala condotte illecite.

Il PNA impone alle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1 co. 2 del d.lgs. 165/2001, l'assunzione dei "necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni".

Le misure di tutela del whistleblower devono essere implementate, "con tempestività", attraverso il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC).

#### **MISURA:**

Le modeste dimensioni della dotazione organica dell'ente sono tali da rendere sostanzialmente difficile, se non impossibile, la tutela dell'anonimato del *whistleblower*.

In ogni caso, i soggetti destinatari delle segnalazioni sono tenuti al segreto ed al massimo riserbo.

L'ente ha elaborato uno specifico regolamento e modulistica al fine di rendere condiviso e conosciuto l'argomento e la consapevolezza del necessario assoluto rispetto della norma e soprattutto della tutela del riserbo.

### **11.7 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Attraverso il monitoraggio possono emergere eventuali omissioni o ritardi ingiustificati che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Il sistema di monitoraggio dei principali procedimenti è attivato nell'ambito del *controllo di gestione* dell'ente. La misura è già operativa.

### **11.8. Iniziative previste nell'ambito di concorsi e selezione del personale**

I concorsi e le procedure selettive si svolgono secondo le prescrizioni del d.lgs. 165/2001 e del regolamento di organizzazione dell'ente approvato con deliberazione dell'esecutivo n. 6 del 19/04/2010.

Ogni provvedimento relativo a concorsi e procedure selettive è prontamente pubblicato sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "*amministrazione trasparente*".

Prima dell'entrata in vigore del d.lgs. 33/2013, che ha promosso la sezione del sito "*amministrazione trasparente*", detti provvedimenti sono stati sempre pubblicati secondo la disciplina regolamentare.

### **11.9. Monitoraggio sull'attuazione del PTPC**

Il monitoraggio circa l'applicazione del presente PTPC è svolto in autonomia dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Ai fini del monitoraggio i responsabili dei servizi sono tenuti a collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione e forniscono ogni informazione che lo stesso ritenga utile.

**Allegate al Piano ci sono le Tabelle Allegato A e B "Mappatura dei Processi" e "Analisi dei rischi" – Allegato C e D "Individuazione e programmazione delle misure per la Trasparenza", consultabili e scaricabili sul sito dell'Asp.**

## ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024-2025-2026 (aggiornamento anno 2024) Approvazione piano assunzionale 2024-2025-2026 – approvazione modifica dotazione organica 2024-2025-2026.

Nella presente sezione si intende dar conto prima dell'evoluzione del fabbisogno negli ultimi anni e di seguito delineare quali sono i fabbisogni da coprire così come individuati nel piano assunzionale 2024.

Con decreto dell'Amministratore Unico n° 15 del 22/12/2020 veniva approvata:

- la modifica della dotazione organica aziendale
- il Piano triennale dei Fabbisogni 2021-2023
- il piano assunzionale 2021/2023

- ad esito della summenzionata deliberazione la Dotazione Organica aziendale era la seguente:

<b>CAT</b>	<b>PREVISTI in D.O</b>	<b>Di cui (profili lavorativi)</b>	<b>Coperti al 31/12/2020</b>	<b>Vacanti al 31/12/2020</b>
A	2	n. 2 ausiliarie	1	1
B	3	n. 1 Oss n. 2 Manutentore	1 0	0 2
B3	85	n. 85	66	19
C	10	n. 3 Raa n. 3 Animatrici n. 4 impiegati Amministr.	3 3 2	0 0 2
D	20	n. 12 infermieri n. 3 fisioterapisti n. 4 Coordinatori n. 2 Istruttore Direttivo	7 0 0 1	5 3 3 1
D3	1	n. 1 Funzionario Amm PO	1	0
DG	1	n. 1 Direttore generale	0	1
<b>Tot.</b>	<b>122</b>		<b>85</b>	<b>37</b>

Ad esito della summenzionata deliberazione il piano assunzionale 2021-2023 era il seguente:

<b>ANNO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>PROFILO</b>	<b>NUMERO POSTI</b>	<b>TIPOLOGIA POSTI</b>	<b>PROCEDURA</b>
2021	B3	OSS	19	TP e PT	Concorso
2022	D	Coordinatore	3	TP	Concorso
2021	D	Infermiere	5	TP E PT	Concorso
2021	D	Funzionario Amministrativo	1	TP	Mobilità ed eventualmente concorso
2021	D	Responsabile area anziani con PO	1	TP	Mobilità ed eventualmente concorso
2023	Dirigente	Direttore generale	1	TP	Selezione

Con Decreto dell'Amministratore Unico N. 25 del 25/11/2021 veniva modificato il piano assunzionale 2021-2023 (qui sotto riportato) prevedendo l'assunzione di un Responsabile dell'Ufficio Tecnico attraverso procedura di mobilità e di eventuale svolgimento di concorso pubblico:

<b>ANNO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>PROFILO</b>	<b>NUMERO POSTI</b>	<b>TIPOLOGIA POSTI</b>	<b>PROCEDURA</b>
2021	B3	OSS	19	TP e PT	Concorso
2022	C1	Istruttore Tecnico	1	Da Valutare	Mobilità ed eventualmente concorso
2022	D	Coordinatore	3	TP	Concorso
2021	D	Infermiere	5	TP E PT	Concorso
2021	D	Funzionario Amministrativo	1	TP	Mobilità ed eventualmente concorso
2021	D	Responsabile area anziani con PO	1	TP	Mobilità ed eventualmente concorso
2023	Dirigente	Direttore generale	1	TP	Selezione

nel nuovo triennio 2024-2026, in coerenza con la programmazione del triennio precedente, si è ritenuto di analizzare il fabbisogno del personale necessario per la sua realizzazione, in particolare per l'anno 2024, ponendo particolare attenzione all'individuazione delle competenze professionali necessarie per perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione dei migliori servizi agli utenti;

vengono richiamati i seguenti atti inerenti la disciplina regionale delle strutture e servizi per anziani:

D.G.R. n. 564/2000 *“Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS, in attuazione della L.R. 12.10.1998 n. 34”* e s.m.i.;

D.G.R. n. 514/2009 *“Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari”*;

D.G.R. n. 715/2015 *“Accreditamento socio sanitario: modificazioni ed integrazioni”* e s.m.i.;

- D.G.R. n. 1904/2011 *“Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari”* e s.m.i.;

che indicano, a seconda della tipologia di struttura o servizio, i ruoli e le figure professionali che devono essere presenti, i rapporti minimi che devono essere garantiti rispetto al numero e al livello di gravità o complessità degli utenti;

Considerato che la presente analisi dei fabbisogni e la conseguente rimodulazione della dotazione di personale di cui l'Azienda necessita viene effettuata sulla base dei principi di:

- pianificazione e programmazione delle risorse umane in funzione delle politiche e degli obiettivi strategici perseguiti dall'amministrazione;

- accrescimento dell'efficienza dell'Azienda, anche mediante il coordinato sviluppo di sistemi informativi pubblici;
- razionalizzazione del costo del lavoro pubblico, contenendo la spesa complessiva per il personale, diretta e indiretta;
- realizzazione del migliore utilizzo delle risorse umane, assicurando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti e favorendo un equilibrato accesso dall'esterno anche dei giovani;

Di seguito l'analisi delle figure professionali presenti in azienda, il loro inquadramento in base al CCNL Funzioni Locali 16/11/2022 e i fabbisogni aziendali tenendo conto della Determinazione N. 64 del 22.12.2023 che ha definito il nuovo sistema dei profili professionali ex art. 12 del CCNL 16/11/2022 che prevede che "in relazione al proprio modello organizzativo ogni ente provvede ad identificare i profili professionali da collocare nelle corrispondenti aree del sistema di classificazione nel rispetto delle relative declaratorie".

### **DIRETTORE**

Sulla base dell'assetto organizzativo attuale dell'ASP e delle esigenze che si andranno a manifestare in prospettiva si conferma il fabbisogno già valutato, stabile per il triennio 2024-25-26 in numero di 1 Direttore a tempo pieno, figura coperta mediante contratto a tempo determinato fino a marzo 2023 e prorogato fino a marzo 2028, sulla base di quanto previsto dallo Statuto all'art.26.

### **AREA FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI:**

#### **FUNZIONARIO**

è stata istituita dal 01/01/2021 la nuova figura di Responsabile del Servizio Anziani (profilo Funzionario Socio Assistenziale) che si va ad aggiungere alla preesistente figura di Responsabile Acquisti Gare ed Appalti (profilo Funzionario Amministrativo Tecnico). Tali posizioni, entrambe a tempo pieno, sono coperte con personale dipendente ASP a tempo indeterminato; non si prevedono ulteriori fabbisogni di figure di tale tipo per il 2024.

Si conferma il fabbisogno di 1 Funzionario Amministrativo Tecnico a tempo pieno (attualmente coperto con orario part time 30 ore) che in particolare si occupi di Affari Generali che ha già iniziato ad occuparsi anche della Fatturazione dell'Ente; tale posizione è attualmente coperta con personale dipendente a tempo indeterminato. Allo scopo di coprire due posizioni che nell'organizzazione attuale si occupano del Servizio Personale e del Servizio Contabilità e Bilancio inquadrati nell'Area Istruttori e che hanno la responsabilità di tutta la filiera del loro servizio, si utilizzerà l'opportunità di progressione verticale per il personale interno che è prevista dal CCNL 16/11/2022 per poterli inquadrare nell'Area Funzionari ed Elevate Qualificazioni con il profilo di Funzionario Amministrativo Tecnico (Servizio Personale) e Funzionario Amministrativo Contabile (Servizio Contabilità e Bilancio);

#### **FUNZIONARIO SOCIO ASSISTENZIALE (COORDINATORE RESPONSABILE DEI SERVIZI ALLA PERSONA)**

Per tale figura, operante nei servizi per anziani autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. 564/2000 e accreditati ai sensi della D.G.R. 514/2009 e ss.mm. e ii. (ovvero i Centri Diurni Anziani e le CRA), viene confermato il fabbisogno di 3; attualmente due posti sono coperti con personale dipendente e per il 2024 si utilizzerà l'opportunità di

progressione verticale per il personale interno che è prevista dal CCNL 16/11/2022 per poter inquadrare nell'Area Funzionari ed Elevate Qualificazioni tale figura ora inquadrata nell'Area Istruttori;

#### INFERMIERE

Si conferma, anche per il 2024, adeguato all'attuale assetto dei servizi e all'assolvimento delle prestazioni richieste dagli utenti il fabbisogno di Infermieri dimensionato su 12 unità (6 tempi pieni e 6 part time) di cui attualmente 9 coperte con Dipendenti ASP e 3 vacanti su cui vi è personale somministrato. E' stato effettuato nel corso del 2021 un concorso pubblico la cui graduatoria si è già esaurita e quindi nel corso del 2024 verrà effettuato un nuovo concorso.

#### FISIOTERAPISTA

Il fabbisogno di Fisioterapisti è pari a 3 unità part time tutte coperte attraverso personale somministrato e si prevede che nel corso del 2024 verrà effettuato un concorso per rendere di ruolo tali figure.

#### AREA ISTRUTTORI:

##### ISTRUTTORE:

Il fabbisogno di impiegati amministrativi è attualmente di 4 (tutti con profilo di Istruttore Tecnico), uno per il Servizio Attrezzatura, uno per il Servizio Contabilità e Bilancio, uno per il Servizio Personale (tutti a tempo pieno) e uno per il Servizio Tecnico; attualmente due (Contabilità e Bilancio e Personale) sono coperti con dipendenti ASP, il Servizio Attrezzatura è coperto tramite somministrato in scadenza il 31/12/2024 e si valuterà in futuro se mantenere tale figura o spostarne in toto le attività in capo all'istruttore direttivo che si occupa del Servizio Affari Generali; il Servizio Tecnico, inserito nel Piano dei Fabbisogni nel 2021 risultando necessario per assolvere compiti di manutenzione, controllo e verifica degli impianti, implementazione di azioni di efficientamento energetico e gestione del parco macchine è stato coperto fino a settembre 2022 con personale somministrato mentre da febbraio 2023 è stato coperto con personale a tempo indeterminato proveniente da mobilità; si precisa come, nel corso del 2024 il fabbisogno tenderà a 2 dal momento che per due figure è prevista la possibilità della progressione verticale prevista dal CCNL 16/11/2022; è previsto anche, nel corso del 2024, utilizzando l'opportunità di progressione verticale per il personale interno che è prevista dal CCNL 16/11/2022, di poter inquadrare nell'Area Istruttori con profilo Istruttore Tecnico una figura di Referente da impiegare presso il Servizio di Assistenza Domiciliare attualmente inquadrata nell'Area Operatori Esperti.

##### ANIMATORE

Il fabbisogno di Animatore è di 3 unità tutte dipendenti dell'ASP e viene confermato per il 2024.

##### R.A.A.

Per il profilo di R.A.A. (Responsabile Attività Assistenziali) si conferma per il 2024 il fabbisogno a 3 unità a tempo pieno che sono tutte coperte con personale dipendente (anche se si prevede un pensionamento entro la fine del 2024, posto che si procederà a coprire prima con mobilità e poi con eventuale concorso).

#### AREA OPERATORI ESPERTI

##### OPERATORE ESPERO SOCIO SANITARIO

Rispetto alla figura professionale di Operatore Socio Sanitario, la principale in Azienda per numero e perché direttamente operante sul core business aziendale, si ritiene in questa sede di confermare il fabbisogno a complessive 86 unità, uno in più rispetto al piano del fabbisogni precedente per la modifica del fabbisogno degli operatori in categoria A che passano da due ad uno. Attualmente non ci sono posti vacanti dal momento che nel 2022 è stato bandito un concorso e a partire da settembre 2022 sono stati assunti i 19 OSS necessari a coprire i fabbisogni risultando ancora molti nominativi nella suddetta graduatoria;

#### OPERATORE ESPERTO TECNICO AUSILIARIO

Il fabbisogno di Operai addetti alla manutenzione e ai trasporti è confermato in 2 unità per il 2024 ed entrambe le figure proseguiranno con un contratto di somministrazione.

#### AREA OPERATORI

##### AUSILIARIO

Si diminuisce il fabbisogno a una ausiliaria coperta con personale ASP anche per il 2024;

Dopo questa disamina dei fabbisogni aziendali si ritiene anche importante riconfermare come il nuovo CCNL Funzioni locali sottoscritto il 16 novembre 2022 contenga importanti opportunità di valorizzazione del personale dipendente allo scopo di rendere più competente e fidelizzato il capitale umano aziendale, in particolare rispetto alla possibilità di effettuare, in base a criteri prestabiliti, delle progressioni verticali che nel caso di ASP Magiera Ansaloni potrebbero riguardare sia i dipendenti amministrativi che quelli che lavorano sui servizi; rispetto ai dipendenti amministrativi ci potrebbe essere l'opportunità di adeguare la categoria giuridica alle effettive responsabilità del ruolo ricoperto mentre invece sui servizi si potrebbero valorizzare persone che hanno competenze e capacità acquisite sul campo dando loro il riconoscimento giuridico più attinente appunto alle loro competenze e capacità.

Tale opportunità verrà esperita, previa comunicazione ai Sindacati, nel corso del 2024 con la predisposizione di apposito Bando.

La fotografia dei fabbisogni con le relative coperture al 31/12/2023 si sintetizza nella seguente tabella riepilogativa:

<b>AREA</b>	<b>PREVISTI in D.O</b>	<b>Di cui (profili lavorativi)</b>	<b>Coperti al 31/12/2023</b>	<b>Vacanti al 31/12/2023</b>
OPERATORI	1	n. 1 Op. ausiliario	1	0
OPERATORI ESPERTI	88	n. 86 Op. Esp. Socio San. (Oss) n. 2 Op. Esp. Tec. Ausil. (manutentori)	86 0	0 2
ISTRUTTORI	11	n. 3 Raa n. 1 Istr. Tec. (Referente SAD) n. 3 Animatrici n. 4 Istruttori Tecnici	3 0 3 3	0 1 0 1
FUNZIONARI ED ELEVATE	21	n. 12 infermieri n. 3 fisioterapisti	9 0	3 3

QUALIFICAZIONI		n. 3 Funz. Socio San. (Coordinatori)	2	1
		n. 1 Funz. Amm. Tec.	1	0
		n. 2 Funzion. con EQ	2	0
DG	1	n. 1 Direttore generale	0	1
<b>Tot.</b>	<b>122</b>		<b>110</b>	<b>12</b>

La previsione invece dei fabbisogni con le relative coperture al 31/12/2024 si sintetizza nella seguente tabella riepilogativa:

AREA	PREVISTI in D.O	Di cui (profili lavorativi)	Coperti al 31/12/2024	Vacanti al 31/12/2024
OPERATORI	1	n. 1 Op. ausiliario	1	0
OPERATORI ESPERTI	88	n. 86 Op. Esp. Socio San. (Oss) n. 2 Op. Esp. Tec. Ausil. (manutentori)	86 0	2
ISTRUTTORI	9	n. 3 Raa n. 1 Istr. Tec. (Referente SAD) n. 3 Animatrici n. 2 Istruttori Tecnici	3 1 3 1	0 0 0 1
FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI	23	n. 12 infermieri n. 3 fisioterapisti n. 3 Funz. Socio San. (Coordinatori) n. 2 Funz. Amm. Tec. n. 1 Funz. Amm. Contabile n. 2 Funzion. con EQ	12 3 3 2 1 2	0 0 0 0 0 0
DG	1	n. 1 Direttore generale	0	1
<b>Tot.</b>	<b>122</b>		<b>118</b>	<b>4</b>

piano

assunzionale  
come si  
dall'analisi

2024-2026,

Resume

opera effettuata, è quindi il seguente:

ANNO	AREA	PROFILO	NUMERO POSTI	TIPOLOGIA POSTI	PROCEDURA
2024	FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI	FUNZIONARIO SOCIO SANITARIO (COORDINATORE)	1	TP	Progressione verticale come da CCNL 16/11/2022
2024	FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI	FUNZIONARIO AMM. TECNICO (1) E FUNZIONARIO AMM. CONTABILE (1)	2	TP	Progressione verticale come da CCNL 16/11/2022
2024	FUNZIONARI ED ELEVATE QUALIFICAZIONI	INFERMIERE	3	TP	Concorso
2024	FUNZIONARI ED ELEVATE	FISIOTERAPISTA	3	PT	Concorso

	QUALIFICAZIONI				
2024	ISTRUTTORI	ISTRUTTORE TECNICO (REFERENTE SAD)	1	TP	Progressione verticale come da CCNL 16/11/2022
2024	ISTRUTTORI	OPERATORE ESPERTO R.A.A.	1	TP	Concorso

- nel complessivo e conseguente dimensionamento della dotazione organica, si prevede il pieno impegno delle unità ivi indicate, talché non emergono esuberi o eccedenze di personale di cui al comma 1 art. 33 D.lgs. 165/2001 e tutto il personale indicato viene impiegato pienamente alla produzione dei servizi e alla realizzazione degli obiettivi aziendali;
- oltre al fabbisogno stabile, come sopra determinato, sono annualmente previste le necessità di sostituzione di personale assente, in particolare per quanto riguarda l'Area Operatori Esperti dove si trovano gli OSS e per l'Area Funzionari ed Elevate Qualificazioni dove si trovano gli Infermieri;

La spesa derivante dall'attuazione del presente Piano Occupazionale è stata considerata in sede di redazione del bilancio Preventivo 2024 e Triennale 2023-2024-2025;

## Piano Organizzativo del Lavoro Agile e Accessibilità Web

La Legge n.81/2017 recante misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato, all'articolo 18 definisce il lavoro agile come "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva."

I principi di riferimento dello smart working che possiamo ricavare dalla normativa di riferimento sono:

- Flessibilità,
- Autonomia,
- Responsabilizzazione,
- Monitoraggio dei risultati conseguiti.

A seguito della situazione di emergenza da Covid-19, che ha imposto a tutte le Pubbliche Amministrazioni il più ampio ricorso al lavoro agile (smart working) quale misura straordinaria e provvisoria da applicare, anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla normativa di riferimento, nell'ambito delle aree considerate a rischio, ASP in seguito al DPCM del 23/02/2020, ha utilizzato la modalità smart working riuscendo a garantire il corretto svolgimento delle proprie attività istituzionali.

A partire dal marzo 2020, per affrontare in maniera efficace le fasi iniziali dell'emergenza sanitaria legata al Covid-19, il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in ragione dell'articolo 87, comma 1, del decreto legge n. 18/2020, convertito con la legge n.27/2020. Il legislatore ha spinto le Pubbliche amministrazioni ad attuare il lavoro agile quale modalità ordinaria di lavoro in modo da garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e, di conseguenza e per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

L'Azienda, in ottemperanza alle indicazioni del Governo, ha provveduto a fare ricorso allo smart working quale modalità lavorativa ordinaria ed obbligatoria per quasi tutto il personale amministrativo, salvo che per quelle attività che richiedevano la presenza fisica in servizio.

Si è fatto ricorso alla modalità di lavoro agile solo in forma semplificata nella fase emergenziale dell'epidemia da Covid-19 per i dipendenti amministrativi.

Si prevede la possibilità di continuare a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile e semplificata per coloro che si trovano in condizioni di fragilità e/o per coloro che sono sottoposti a misure di isolamento.

# Formazione del personale

MOD. PAF (ex art.7 bis D.lgs 165/2001)			PIANO ANNUALE FORMAZIONE Anno:		2024					REGISTRAZIONE ATTUAZIONE ATTIVITA'		
num	cod.	Argomento	Destinatari Ente Ricevente	Chi lo richiede	data prevista	N° parte- cipanti	Durata	Docente	Note	Data Attuaz.ne	Resp./data	Note
1	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	tutti i dipendenti	Accreditamento	2024	tutti i lavoratori	4 ore	interno	2 ore x n. 2 incontri	inizio aprile		aggiornamento normativa regionale
2	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	Animatrici	Accreditamento	1^ semestre 2024	n. 2 Animatrici	4 ore	PRO Senectute - Dr.ssa Pacenza Caterina	4 ore per 1 incontro	27/01/2024		DEMENZE: LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA
3	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	Infermieri	Accreditamento	1^ semestre 2024	n. 2 Infermieri	5 ore	AUSL Reggio Emilia	5 ore per 1 incontro	27/01/2024		Etica, nutrizione e demenza
4	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	tutti i dipendenti	Accreditamento	1^ semestre 2024	i lavoratori interessati	4 ore	collaborazione esterna Essity	4 ore per 1 incontro	06/02/2024		PERDERSI E RITROVARSI. LA DEMENZA DAL PUNTO DI VISTA DELL'OPERATORE
5	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	tutti i dipendenti	Accreditamento	1^ semestre 2024	i lavoratori interessati	4 ore	da definire	4 ore per 2 incontri	2024		formazione specifica Prendersi cura (da definire)
6	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	tutti i dipendenti SAD	Accreditamento	1^ semestre 2024	i lavoratori interessati	4 ore	collaborazione esterna Essity	4 ore per 1 incontro	marzo 2024		COME LAVORI IN TEAM
7	prof	Aggiornamento/Formazione relativa all'attività specifica di assistenza	tutti i dipendenti SAD	Accreditamento	2024	lavoratori SAD	da definire	da definire	da definire	2024		in collaborazione con AUSL e Servizio Anziani UPR
8	O	Prova Evacuazione Generale	Tutti i dipendenti	Rspg	1^ semestre 2024	tutti i lavoratori	1 ora	RTA	tutte le sedi	da fare		per tutte le strutture/servizi ASP
9	O	TU Sicurezza - attività specifica	Tutti i dipendenti che necessitano di aggiornamento	Rspg	1^ sem. 2024	tutti i lavoratori	2 ore	Studio Alfa/Dr. W.lotti	2 ore x 2 gruppi	da fare		Aggiornamento annuale TU Sicurezza
10	O	FORMAZIONE RLS	RLS	Rspg	ENTRO 2024	lavoratori interessati	32 ore	Esterno		da fare		Formazione per Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
11	O	Formazione/Aggiornamento personale alimentarista	OSS / RAA / Animatori	Rspg	lug-05	lavoratori interessati	3 ore	Esterno/e learning		da fare		Formazione per i nuovi dipendenti da fare ogni 5 anni
12	O	Aggiornamento Primo soccorso	Addetti Squadra di 1° Soccorso	Rspg	2024	lavoratori interessati	4 ore	Esterno		da fare		aggiornamento per dipendenti che non hanno partecipato al corso di formazione considerandolo che deve essere fatto ogni 3 anni
13	O	Formazione Primo soccorso	Addetti Squadra di 1° Soccorso e nuovi dip.	Rspg	2024	lavoratori interessati	12 ore	Esterno		da fare		Formazione per nuovi dipendenti o dipendenti che non hanno partecipato al corso dell'anno precedente di formazione
14	O	Aggiornamento Preposti (art.19 D.lgs. 81/2008)	Preposti	Rspg		lavoratori interessati	6 ore	Studio Alfa	c/o sede azienda di formazione			ultima formazione novembre 2022
15	O	Aggiornamento Addetti Antincendio	Addetti Squadra di Emergenza	Rspg		tutti i lavoratori addetti	8 ore	Studio Alfa	c/o sede azienda di formazione			corso aggiornamento antincendio - Azienda a rischio elevato - quinquennale - nuovi corsi antincendio nuovi addetti 16 ore
16	O	Formazione nuovi Addetti Antincendio	Addetti Squadra di Emergenza e nuovi dip.	Rspg	2024	tutti i lavoratori addetti	16 ore	Studio Alfa e VVF	D.M. del 10/03/1998	da fare		teorico/pratiche e prova finale VVF - Azienda a rischio
17	prof	tematiche specifiche attività operativa - Sostegno Psicologico	Tutti i dipendenti	Amm.ne	2024	tutti i lavoratori	4 ore	Consulente esterno	2 ore x 2 incontri	da fare		sostegno psicologico ai dipendenti - prevenzione burn out
18	O	Formazione Specifica-attività operativa	Tutti i Dipendenti	Amm.ne	2024	tutti i lavoratori in particolare amm.vi	almeno 2 ore	personale esterno specializzato	Piattaforma SELF PA	da fare		Anticorruzione - trasparenza - privacy - CCNL EELL - Appalti
					Data 1^ emissione:	gen-24				Data Redazione Finale:		
		Direzione: Dr. Alberto Rava		firma								
		Responsabile Formazione:		firma								

# PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE TRIENNIO 2024-2026

(ART. 48 COMMA 1 D.LGS. 11/04/2006 n.198 e s.m.i.)

## AZIONI POSITIVE

Le azioni positive sono misure speciali e temporanee che, in deroga al principio di uguaglianza formale, sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure “speciali”, in quanto non generali ma specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta e “temporanee”, in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Il Decreto Legislativo 11 aprile 2006, n.198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”, a norma dell’art.6 della L. 28 novembre 2005, n.246 riprende e coordina in un testo unico le disposizioni ed i principi di cui al D.Lgs. 23/5/2000, n.196 - “Disciplina dell’attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive” ed alla Legge 10/4/1991, n.125 “Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro”.

La Direttiva ministeriale n.2/2019 del 26.06.2019 sostituisce le precedenti direttive del 23/05/2007 e del 04/03/2011, che ormai non più adeguate agli indirizzi comunitari ed alle disposizioni nazionali successivamente intervenuti in materia.

Nell’ambito di ciascuna pubblica amministrazione, le indicazioni fornite dalla nuova direttiva sono destinate, in particolare:

- o Ai vertici delle amministrazioni;
- o Ai titolari degli uffici responsabili delle politiche di gestione delle risorse umane e dell’organizzazione del lavoro;
- o Ai dirigenti pubblici;
- o A chiunque abbia responsabilità organizzativa e di gestione del personale;
- o Agli organismi indipendenti di valutazione.

Nel periodo di vigenza triennale del Piano potranno essere presentati pareri, progetti, suggerimenti, osservazioni e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente, delle organizzazioni sindacali e dell’Amministrazione, che potranno essere oggetto di un aggiornamento del presente piano oppure potranno costituire spunti per procedere alla scadenza, a un aggiornamento adeguato e condiviso.

L’Amministrazione aziendale, nell’arco del triennio di vigenza del Piano delle Azioni Positive si propone di perseguire i seguenti ambiti di azione:

- a) **promuovere** le pari opportunità all’interno dell’Ente, anche in materia di formazione, di aggiornamento e di qualificazione professionale, considerando la posizione delle donne lavoratrici stesse in seno alla famiglia;
- b) **promuovere** l’equilibrio e la conciliazione tra responsabilità familiari e professionali, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro;
- c) **garantire** il rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale;
- d) **garantire e valorizzare** il benessere organizzativo e la qualità dell’ambiente di lavoro;
- e) **promuovere** la diffusione di una cultura di genere e delle informazioni sul tema delle pari opportunità.

Il presente Piano di azioni positive contiene iniziative al fine di dare attuazione agli **obiettivi di parità e pari**

**opportunità**, elaborate per dare impulso alla conciliazione tra vita privata e lavoro e per sostenere condizioni di benessere lavorativo prevenendo e rimuovendo qualunque forma di discriminazione.

L'ASP, consapevole dell'importanza di dotarsi di uno strumento che dia sistematicità e organicità alle azioni finora intraprese a compimento delle tematiche sopra richiamate, adotta il presente Piano avente durata triennale che si pone come strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

Le azioni positive sono misure temporanee speciali che sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità delle opportunità tra uomini e donne: **"speciali"** in quanto non generali, ma specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, e **"temporanee"** in quanto necessarie fin tanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne.

Il presente Piano di azioni positive, che avrà durata triennale, si pone da un lato come adempimento ad un obbligo di legge dall'altro vuole porsi come strumento semplice ed operativo per l'applicazione concreta delle **pari opportunità**, **la valorizzazione del benessere** di chi lavora e contro le discriminazioni avuto riguardo alle realtà e alle dimensioni dell'azienda; nello specifico il Piano si sviluppa in: Obiettivi, Progetti ed Azioni positive.

Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un clima interno sereno e collaborativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, in via finale, ad aumentare la produttività.

#### **ANALISI DATI DEL PERSONALE:**

Al **1^ gennaio 2024** la situazione del personale dipendente e somministrato in servizio all'ASP "Magiera Ansaloni" presenta il seguente quadro di raffronto tra la situazione di uomini e donne.

<b>DIPENDENTI</b>	<b>NUMERO</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
DIRETTORE	<b>1</b>	1	0	0,7
AREA AMMINISTRATIVA	<b>5</b>	2	3	3,6
AREA SOCIO-ASSISTENZIALE	<b>131</b>	18	113	95,7
Totale	<b><u>137</u></b>	<b><u>21</u></b>	<b><u>116</u></b>	<b><u>100</u></b>

Come appare con evidenza, la presenza femminile in azienda è di gran lunga superiore rispetto al numero di maschi, purtuttavia sembra opportuno individuare obiettivi ed azioni a tutela della qualità del lavoro e alla salvaguardia dei diritti di TUTTI i lavoratori siano essi maschi o femmine.

**SCHEMA MONITORAGGIO DISAGGREGATO PER GENERE DELLA COMPOSIZIONE DEL PERSONALE (in ruolo e somministrato tramite agenzia interinale):**

CATEGORIA	UOMINI	DONNE	TOTALE
A	0	1	<b>1</b>
B	17	88	<b>105</b>
C	1	8	<b>9</b>
D	2	19	<b>21</b>
DIRIGENTE	1	0	<b>1</b>
<b>TOTALE</b>	<b><u>21</u></b>	<b><u>116</u></b>	<b><u>137</u></b>

**AD ORARIO DI LAVORO DIFFERENZIATO:**

CATEGORIA	UOMINI	DONNE	TOTALE
<b>A</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Posti a tempo pieno	0	1	1
Posti part time	0	0	0
<b>B</b>	<b>17</b>	<b>88</b>	<b>105</b>
Posti a tempo pieno	16	68	84
Posti part time	1	20	21
<b>C</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Posti a tempo pieno	1	6	7
Posti part time	0	2	2
<b>D</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>21</b>
Posti a tempo pieno	2	11	13
Posti part time	0	8	8
<b>DIRIGENTE</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Posti a tempo pieno	1	0	1
Posti part time	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b><u>21</u></b>	<b><u>116</u></b>	<b><u>137</u></b>

## ART. 1 “OBIETTIVI”

Nel corso del prossimo triennio questa azienda intende realizzare un piano di azioni positive per tutti i lavoratori volto a:

• <b>Obiettivo 1.</b> Tutelare l’ambiente di lavoro da casi di molestie, mobbing e discriminazioni
• <b>Obiettivo 2.</b> Garantire il rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale
• <b>Obiettivo 3.</b> Promuovere le pari opportunità in materia di formazione, di aggiornamento e di qualificazione professionale
• <b>Obiettivo 4.</b> Considerare ove possibile forme di flessibilità orarie finalizzate al superamento di specifiche e momentanee situazioni di bisogno

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

## ART. 2 “AMBITO D’AZIONE: AMBIENTE DI LAVORO” (Obiettivo 1)

Gli aspetti relativi al benessere delle lavoratrici e dei lavoratori sono sempre più condizionati dalle continue istanze di **cambiamento ed innovazione** che hanno interessato la Pubblica Amministrazione, nell’intento di mantenere un adeguato livello di risposta alle esigenze del cittadino in un momento di risorse sempre più scarse.

In virtù della dinamica sempre più ricorrente negli ultimi anni, anche in relazione alla necessità di adeguare via via l’organizzazione dell’Azienda rispetto ai mutati scenari socio-politici, normativi, tecnologici nazionali, i dipendenti sono stati chiamati ad una sorta di **“flessibilità organizzativa”** incentrata principalmente sulle capacità individuali di adattarsi alle nuove realtà. Pertanto occorre rendere l’evoluzione dell’organizzazione flessibile nell’ottica della conciliazione delle esigenze personali e di quelle dell’organizzazione stessa.

Nell’interesse dell’Azienda è necessario avviare un modello di comunicazione che consenta di rilevare le esigenze finalizzate al “vivere bene sul posto di lavoro” al fine di monitorare/rilevare eventuali criticità e attivare azioni positive.

Inoltre l’Azienda si impegna a far sì che non si verifichino situazioni conflittuali sul posto di lavoro determinate ad esempio da:

- Pressioni o molestie sessuali;
- Casi di mobbing;
- Atteggiamenti miranti ad avvilire il dipendente, anche in forma velata ed indiretta;
- Atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore sotto forma di discriminazioni.

ASP si impegna a rafforzare misure di controllo e di contrasto a questo tipo di violenze morali e psicologiche che si manifestano anche all’interno di gruppi di genere, facendo osservare e tenendo monitorato i comportamenti così come disciplinati e normati dal Codice di Comportamento adottato dall’Azienda.

## ART. 3 “AMBITO D’AZIONE: ASSUNZIONI” (Obiettivo 2)

L’ASP si impegna ad assicurare, nelle **commissioni di concorso** interne e selezione, la presenza di almeno un terzo dei componenti di sesso femminile.

Non vi è alcuna possibilità che si privilegi nella selezione l’uno o l’altro sesso ed in caso di parità di requisiti tra un candidato donna ed uno uomo la scelta verterà unicamente sulla base di dati scientificamente misurabili.

Nei casi in cui siano previsti specifici requisiti per l’accesso a particolari mansioni, l’ASP si impegna a stabilire requisiti di accesso ai concorsi/selezioni che siano **rispettosi e non discriminatori** delle naturali differenze di genere.

Non ci sono posti in dotazione organica che siano prerogativa di soli uomini o di sole donne. Nello svolgimento

del ruolo assegnato l'ASP valorizza, ove possibile, attitudini e capacità personali sempre in logica di merito e non di genere

#### ART. 4 "AMBITO D'AZIONE: FORMAZIONE" (Obiettivo 3)

I piani di formazione dovranno tenere conto delle esigenze di ogni area, consentendo **l'uguale possibilità** per le donne e gli uomini lavoratori di frequentare i corsi organizzati. Ciò significa che dovranno essere valutate le possibilità di articolazione in orari, sedi e quanto altro utile a renderli accessibili a coloro che operano su turni di lavoro.

Sarà data particolare attenzione al **reinserimento** lavorativo del personale assente per lungo tempo a vario titolo (es.: congedo di maternità o paternità, da assenza prolungata dovuta ad esigenze familiari o malattia ecc.) prevedendo l'affiancamento da parte del responsabile del servizio o da chi ha sostituito la persona assente o mediante inserimento in ambiente lavorativo o in un servizio alternativo previo accordo con il lavoratore stesso.

Con la programmazione della formazione **tutto il personale viene coinvolto** con la compilazione anonima di un questionario in processo annuale che consente all'Asp di valutare **gli aspetti positivi e le criticità riscontrate dal personale** stesso affinché si possa dare adeguato spazio e risposta alle istanze di tutti i dipendenti.

#### ART. 5 "AMBITO D'AZIONE: CONCILIAZIONE E FLESSIBILITA' ORARIE" ( Obiettivo 4)

L'ASP garantisce il rispetto della Legge 8 marzo 2000, n. 53 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città" (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13 marzo 2000).

L'azienda favorisce azioni che prendano in considerazione le differenze, le condizioni e le esigenze di donne e uomini all'interno dell'organizzazione, ponendo al centro l'attenzione alla persona contemperando le esigenze dell'Ente con quelle delle dipendenti e dei dipendenti mediante l'utilizzo di strumenti quali: i cambi turno occasionali, lo scambio tra colleghi di periodi programmati di ferie, ecc.

L'ufficio del personale garantisce rispetto nei tempi di risposta relativamente alle richieste di cambi turno, spostamento ferie, aspettative, richiesta part-time, permessi studio, ecc.

Particolari necessità di tipo familiare o personale vengono valutate e risolte nel rispetto di un equilibrio tra le esigenze dell'amministrazione e le richieste dei dipendenti, come la possibilità su richiesta di cambiare sede di lavoro se più vicina al domicilio abituale.

Nel settore assistenziale, pur garantendo **ove possibile orari flessibili** e attività più compatibili con esigenze di equilibrio e di organizzazione familiare delle dipendenti, l'azienda presenta **vincoli imprescindibili di servizio** e di gestione di persone fragili, con la necessità di prevedere la presenza di un numero determinato di personale in servizio contemporaneamente e a turni rigidi h. 24; per quanto invece riguarda il settore amministrativo dell'ASP è stata predisposta procedura ed idonea documentazione al fine di facilitare il "lavoro agile" e verrà utilizzato quale lavoro ordinario lo **"smart working"** secondo un calendario condiviso tra i dipendenti degli uffici amministrativi e la direzione.

#### ART. 6 "DURATA DEL PIANO"

Il presente Piano ha durata triennale (2024-2025-2026) e verrà pubblicato sul sito ufficiale dell'azienda oltre ad essere divulgato tra tutto il personale dipendente.

Nel periodo di vigenza saranno raccolti pareri consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo di poter procedere alla scadenza ad un adeguato aggiornamento.

PIANO AZIONI POSITIVE 2024.2026 - SINTESI

OBIETTIVI	n.	azione	2021	2022	2023
<b>Studi e indagini a sostegno della promozione delle Pari Opportunità (Obiettivo 1 e 2)</b>	1	Raccolta ed elaborazione dati e report statistico	X	X	X
	2	Raccolta ed elaborazione dei dati sull'utilizzo delle ferie, part time, congedi parentali e Permessi disabili	X	X	X
	3	Indagine specifica sul personale nella fase avanzata della carriera lavorativa, per evidenziare eventuali criticità / esigenze nell'ambito lavorativo	X	X	X
	4	Monitoraggio dell'uso corretto del linguaggio di genere negli atti/documenti amministrativi nella corrispondenza interna ed esterna all'ente nelle procedure - dei protocolli - nei piani di lavoro	X	X	X
<b>Formazione e Aggiornamento (Obiettivo 3)</b>	5	Monitoraggio dei Piani annuali di Formazione Verifica richieste di aggiornamento del personale – gestione dei singoli corsi formativi	X	X	X
<b>Conciliazione (Obiettivo 4)</b>	6	Opportunità offerte dalla normativa sui congedi parentali a tutela della maternità e paternità	X	X	X
	7	Condivisione col personale di un progetto per il reinserimento lavorativo dopo lunga assenza dal servizio mediante affiancamento	X	X	X
	8	Realizzare progetti di conciliazione interni ai servizi, a seguito dei risultati dell'indagine	X	X	X
	9	Flessibilità nell'orario di lavoro	X	X	X

	10	Progettazione ed applicazione del telelavoro e Dello smartworking (*)	X	X	X
		(*) Lo smart working consente a chi svolge compiti di tipo amministrativo di effettuare alcune attività presso postazioni presso la propria abitazione oppure in mobilità grazie all'uso di computer e altri dispositivi informatici.			
<b>Organizzazione del lavoro</b>  (Obiettivo 4)	11	Affrontare efficacemente nuove richieste lavorative e sostenere il personale nello sviluppo di tali competenze	X	X	X
	12	Elaborazione proposte "di sostegno" o ricollocazione presso altri servizi per il personale over 50 o con prescrizioni		X	X
	13	Elaborazione Note Esplicative per gestanti	X		
<b>Sensibilizzazione, Informazione, comunicazione</b>  (Obiettivo 3 e 4)	14	Diffusione e Monitoraggio del Piano Triennale delle Azioni Positive	X	X	X
	15	Ascolto e raccolta delle Proposte e suggerimenti dal personale	X	X	X
	16	Individuazione e diffusione di buone prassi	X	X	X

## Monitoraggio

Il monitoraggio rispetto al Piano della performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico l'Azienda predispone, di norma entro il 30 giugno di ciascun anno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, il Consiglio di Amministrazione, previa validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

La Relazione sulla performance, a consuntivo con riferimento all'anno precedente, evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzati.

Il monitoraggio rispetto alla realizzazione di quanto contenuto nel PTPCT avviene secondo le indicazioni di ANAC e rappresenta una fase fondamentale del processo di gestione del rischio.

Il RPCT per verificare l'efficace attuazione e l'osservanza del Piano, con particolare riferimento alle misure di contrasto del rischio corruzione, si avvale di un servizio di supporto. Periodicamente vengono effettuati monitoraggi relativamente allo stato di attuazione delle misure previste dal piano, con particolare riferimento agli adempimenti legati alla Trasparenza, nonché agli interventi previsti nel Piano per contrastare gli eventi corruttivi.

Il RPCT, a rendicontazione delle attività di monitoraggio sopra descritte, redige la relazione annuale, che, di norma, viene adottata dall' Amministratore Unico entro gennaio dell'anno successivo, in ottemperanza agli adempimenti previsti da ANAC

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.