

## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE TRIENNALE 2022 - 2024

Ai sensi del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con  
Legge 6 agosto 2021, n. 113

*Approvato con delibera del CDA n. 48 del 24.06.2022*

## SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE. 5

<b>SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>10</b>
2.1 Sottosezione - Valore Pubblico	10
2.2 Sottosezione - Performance	10
2.3 Sottosezione - Rischi corruttivi e trasparenza	13
2.3.1 Quadro organizzativo interno.	13
2.3.2 Quadro normativo di riferimento	13
2.3.3 Novità del PNA 2016	14
2.3.4 Finalità	14
2.3.5 Rapporto tra PNA e PTPC 2013 e PNA e PTPC 2016 a aggiornamenti successivi.	15
2.3.6 Analisi del contesto esterno ed interno	16
2.3.7 Individuazione delle attività con rischio di corruzione	17
2.3.8 Valutazione del rischio	18
2.3.9 Misure atte a prevenire il rischio di corruzione	22
2.3.10 Monitoraggio sull'attuazione del PTPC e delle misure	26
2.3.11 Trasparenza	26
2.3.12 Responsabile per la trasparenza e la corruzione	31
2.3.13 Soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati	31
2.3.14 Sanzioni	31
<b>SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>32</b>
3.1 PIANO FABBISOGNO PERSONALE – PREMESSA E OBIETTIVI	32
3.1.1 I servizi erogati e i fabbisogni di personale stimati.	32
3.1.2 Il personale impiegato e le varie categorie di Accesso	33
3.1.3 Ricorso al lavoro flessibile	41
3.1.4 Aggiornamento 2022	41
3.2 PIANO PER IL LAVORO AGILE	42
Il Pola	43
La Fondazione don Mozzatti d'Aprili – IPAB	44
I) Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	44
Considerazioni finali.	46
3.3 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	46
La situazione presso la Fondazione don Mozzatti d'Aprili.	47

3.4 PIANO FORMAZIONE _____	48
Allegato A – rilevazione 2019 del fabbisogno formativo dei lavoratori _____	52
Allegato B – programmazione dei corsi con modalità d’aula o fad, biennio 2022-2023 _____	54
Allegato C - programma per la formaz. dei dipendenti ai fini della sicurezza sul lavoro. ANNO 2022	55
rapporti/obblighi ente verso personale non dipendente cioe’ libera professione o altre forme di lavoro continuativo all’interno delle nostre strutture _____	56
<b>SEZIONE 4 MONITORAGGIO _____</b>	<b>57</b>
Allegato A – Standard Qualità _____	57
Allegato B OBIETTIVI QUALITA’ PERFORMANCE 2022 _____	64
ALLEGATO C – RIESAME DELLA DIREZIONE _____	71
ALLEGATO D – GRIGLIA VALUTAZIONE TRASPARENZA _____	98

## Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con legge 6 agosto 2021, n. 113, recita che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e della Legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il Piano ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente.

I documenti che vengono inglobati nel PIAO, sono già stati oggetto di approvazione dal CVDA e sono i seguenti:

- il Piano triennale dei fabbisogni del personale – Aggiornato con delibera 40 del 20.05.2022;
- il Piano triennale della performance – approvato con delibera n. 04 del 27.01.2022;
- il Piano triennale delle azioni positive approvato con delibera n. 05 del 27.01.2022;
- il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza – Approvato con delibera n. 28 del 21.04.2022;
- il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) – approvato con delibera n. 18 del 17.05.2021.

## SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

### Presentazione

La Fondazione “Don Mozzatti d’Aprili” è da decenni impegnata a garantire ospitalità e cure alle persone anziane.

Si avvale di quattro specifiche strutture dedicate a persone con diversi gradi di necessità assistenziali.

La prima struttura è la **sede centrale**: si trova a Monteforte d'Alpone ed è stata inaugurata nel 2002. Composta da tre piani indipendenti ospita complessivamente 90 anziani con ridotto e medio bisogno assistenziale, e n. 2 autosufficienti. Trattandosi di un edificio recente, è stato progettato per soddisfare i più elevati standard residenziali, finalizzati a garantire un clima pressoché 'domestico' nel quale sia nella propria stanza che nei numerosi spazi comuni ogni ospite può percepire il rispetto della propria vita privata. Nell’ala sud della struttura è funzionante un moderno centro di riabilitazione aperto anche all’utenza esterna oltre che un servizio prelievi per anziani.

Nella stessa struttura è stato di recente completato il “blocco cucine”, dotato di tecnologie e strumentazioni moderne per la preparazione dei pasti.

Affiancata alla sede centrale è presente la seconda struttura denominata “**Barchessa**” ovvero la comunità alloggio per 20 anziani autosufficienti o parzialmente tali oltre a n. 5 posti letto adibiti a “disagio sociale”. Usufruisce degli spazi di quello che in passato era l'edificio di servizio (detto barchessa o barco) del contiguo Palazzo Vescovile che è stato la precedente sede della Fondazione (fino al 2002). La Barchessa si avvale di confortevoli stanze singole o doppie, articolate su due piani e dotate di servizio infermieristico indipendente.

Sempre a Monteforte d’Alpone è operativa la terza struttura, denominata “**Corte Scolette**” che ospita due comunità alloggio (10 persone ciascuna) per disabili adulti e n. 2 “gruppi appartamento” per disabili meno gravi. E’ ubicata in una bellissima corte del centro storico, nei pressi alla chiesa parrocchiale. Vengono utilizzate le stanze dei vecchi edifici prospicienti la corte, debitamente restaurati e dotati di tecnologiche e confort adeguati alla vita di comunità.

La quarta struttura è la **Casa San Camillo de Lellis**. Si trova a 800 metri di altitudine, a Bolca di Vestenanova, località famosa per i fossili e dalle cui cime nasce il fiume Alpone che da il nome alla vallata. Vi sono ospitati 30 anziani con ridotto bisogno assistenziale e n. 3 anziani autosufficienti, i quali possono disporre di una costruzione nuovissima, inaugurata nel 2011. Le ampie zone comuni, dotate di finestre panoramiche, offrono una vista mozzafiato dell'arco prealpino che comprende la Lessinia orientale e la dorsale vicentina occidentale. Il clima familiare che si respira al suo interno completa la cornice di questa struttura. Anche in questa struttura è funzionante un moderno centro di riabilitazione aperto anche all’utenza esterna oltre che un servizio prelievi per anziani.

### **L’Amministrazione**

Ai sensi dello statuto l’Ente è amministrato da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri: quattro nominati dal Comune di Monteforte d’Alpone e uno di diritto individuato nella persona del parroco della parrocchia di Monteforte d’Alpone o suo delegato. I Consiglieri restano in carica per

cinque anni; al loro interno eleggono un Presidente, rappresentante legale dell'Ente. Il Consiglio di Amministrazione svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

### **Il Segretario Direttore**

Il Dirigente è il responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa dell'Ente e come tale adotta tutti i provvedimenti (decreti e determinazioni) di organizzazione delle risorse umane e strumentali disponibili, compresi quelli che impegnano l'Ente verso l'esterno.

### **Il Personale**

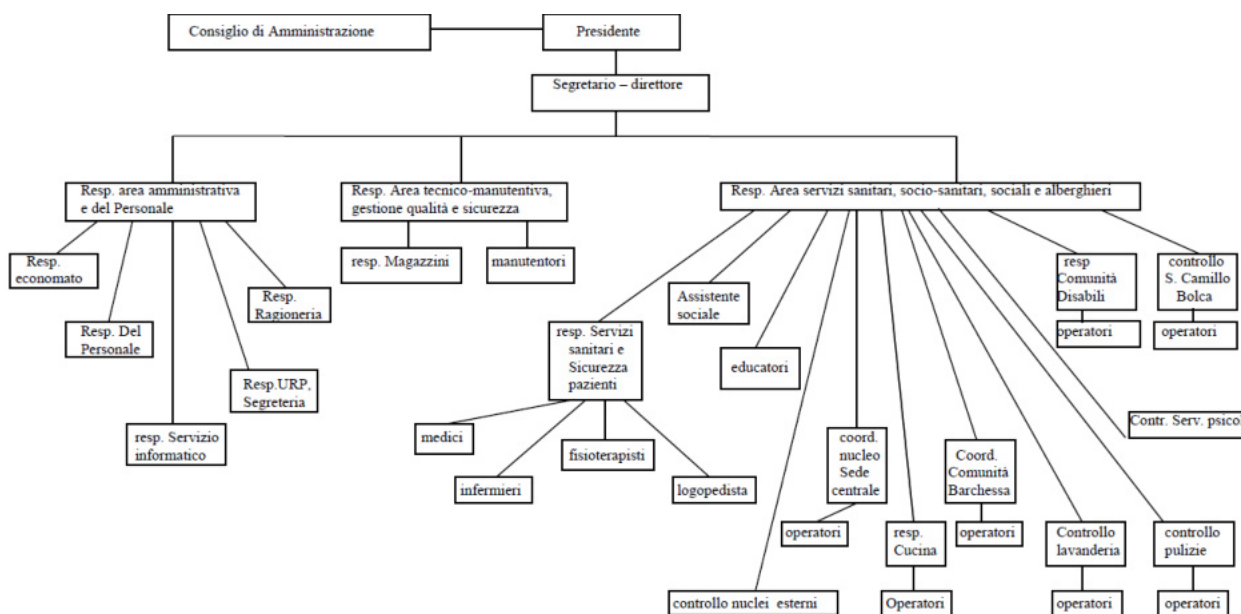
Il team di lavoro, formato da personale qualificato e costantemente aggiornato, risponde ai bisogni degli anziani dei Centri Residenziali con la massima professionalità e con un organico di Personale sempre superiore agli standard minimi regionali. Esso è rappresentato da diverse professionalità:

- sociali e socio-assistenziali;
- infermieristiche;
- riabilitative
- animative
- tecniche e manutentive
- addette ai servizi alberghieri
- amministrative.

### **Volontariato**

L'Ente favorisce l'opera di volontariato; a tal fine è stato approvato apposito regolamento.

### **Organigramma dell'Ente**



AREA	FUNZIONE	NOME E COGNOME	SIGLA
Consiglio di Amministrazione	Presidente	Naddeo Rosario	Pres
	Consigliere 1	Albarello Giandomenico	Cons
	Consigliere 2	Bergamasco Carlo	Cons
	Consigliere 3	Costantini Federico	Cons
	Consigliere 4	Zanini Mirko	Cons
DIREZIONALE	Segretario Direttore	Tessari Emilio	DIR
RGQ	Responsabile Gestione Qualità	Tessari Emilio	RGQ
AREA AMMINISTRATIVA E DEL PERSONALE	Resp. Area Amministrativa e del Personale	Tessari Emilio	RdA1
AREA TECNICA, QUALITA' E SICUREZZA	Resp. Area Tecnica Gestione qualità e Sicurezza	Tessari Emilio	RdA2
AREA SERVIZI SANITARI, SOCIOSANITARI, SOCIALI, ALBERGHIERI	Resp. Area Servizi sanitari, Sociosanitari, Sociali, Alberghieri	Posenato Pierpaolo	RdA3
Servizio Economato	Resp Servizio Economato	Posenato Elena	ECON
Servizio Ragioneria	Resp Servizio Ragioneria	Marcolungo Maurizio	RAG
Servizio Personale	Resp Servizio Personale	Bertolazzi Maria Lina	PERS
Servizio Appalti	Resp Servizio Appalti	Tessari Emilio	APPAL
Segreteria /Delibere/Urp	Resp Segreteria/Delibere/URP	Olivieri Carlo	SEGR
Servizio Informatico	Resp Servizio Informatico	Magnaguagno Luca	INFOR
Servizi di supporto amministrativo	Incaricata	Tobin Caterina	SUP AMM
Servizio Prevenzione E Protezione	Resp Servizio Prevenzione e Protezione	Incarico esterno	RSPP
SERVIZIO SANITARIO	Responsabile servizi sanitari e sicurezza del paziente	Responsabile incaricato	RFSP
SERVIZIO MEDICO	Medico	Medici ULSS 9 Scaligera	MED
SERVIZIO SOCIALE	Assistente Sociale	Signorato Lidia	AS
SERVIZIO RIABILITATIVO	Servizio Riabilitativo	Fisioterapisti di sede	FKT
SERVIZIO INFERMIERISTICO	Infermieri	Infermieri di nucleo	IP
SERVIZIO ANIMATIVO	Educatori Animatori	Educatori di sede	ED
SERVIZIO PSICOLOGICO	Psicologo	Incarico esterno	Psic
SERVIZIO LOGOPEDICO	Logopedista	Veronese Claudia	LOG
Nuclei Piano Terra Monteforte	Coordinatrice Cooperativa P.L. (media e ridotta intensità)	Servizio esternalizzato	Coord.CoopPT
Nucleo Piano 1 Monteforte	Coordinatore di nucleo	Magrinelli Caterina	COORD.NUCp1
Nucleo Piano 2 Monteforte	Coordinatrice Cooperativa P.L.	Servizio esternalizzato	Coord.Coopp.p2
COMUNITA' BARCHESSA	Coordinatore di nucleo	Salgaro Vaccaro Caterina	COORD.NUC.Ba
COMUNITA' DISABILI SEDE SCOLETTE	Coordinatore di nucleo	Burato Piera	COORD.NUC.Sco
CASA SAN CAMILLO DE LELLIS	Coordinatrice Cooperativa P.L.	Servizio esternalizzato	COORD.NUC.SC
Servizio Lavanderia-Guardar	Coordinatrice Cooperativa P.L.	Servizio esternalizzato	RLG
Servizio Cucina	Resp Cucina	Castelli Alessandro - ff	CAPOCUOCO
Servizio Socio-Sanitario	Operatori Socio Sanitari	OSS di nucleo	OSS
Servizio Pulizie	Coordinatrice Cooperativa Copura.	Servizio esternalizzato	PUL
Servizio Manutentivo	manutentori	manutentori	MAN

**OBIETTIVO GENERALE DELLA POLITICA PER LA QUALITA' DELL'ENTE:**

Garantire agli ospiti il benessere fisico, psichico e sociale offrendo un'assistenza personalizzata, flessibile ed il più possibile adeguata alle diverse esigenze delle persone ospitate

<b>DECLINAZIONE IN OBIETTIVI SPECIFICI</b>	
<b>OBIETTIVO</b>	<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>
<b>STRATEGICO 1</b> Progettazione personalizzata utilizzando la metodologia del lavoro di gruppo, valorizzando pienamente le professionalità esistenti. condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero della salute e dell'autonomia dell'ospite	<b>Obiettivo Operativo 1a</b> Osservazione vita sociale – rilevazione osservazioni su ospiti e messa a punto strategia assistenziale individuale con lo staff
<b>STRATEGICO 2</b> Garantire all'ospite una buona qualità di vita e di assistenza	<b>Obiettivo operativo 2a:</b> ottenimento dei risultati programmati con la programmazione annuale <b>Obiettivo operativo 2b:</b> miglioramento continuo dei servizi offerti all'ospite <b>Obiettivo operativo 2c:</b> attivazione di mirate attività formative per il Personale
<b>STRATEGICO 3</b> instaurare tra personale, ospiti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano	<b>Obiettivo operativo 3a:</b> condivisione con l'ospite e/o il parente referente dell'azione svolta <b>Obiettivo operativo 3b:</b> attivazione di diverse forme di rilevazione del grado di soddisfazione dell'Ospite, dei Familiari e degli Operatori, in merito alla gestione dei servizi <b>Obiettivo operativo 3c:</b> promozione di una immagine positiva e realistica della Struttura



FONDAZIONE DON MOZZATTI D'APRILI – IPAB

P.zza S. venturi 26 – Monteforte d'Alpone (VR)

*Tutte le informazioni istituzionali ed altro ai link*

**[www.donmozzatti.it](http://www.donmozzatti.it) sito istituzionale**

**<https://one33.robyone.net/home.aspx?cid=129> Amministrazione trasparente**

**<https://one69.robyone.net/182> Albo on line**

## **SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

La Sezione n. 2 comprende tre sottosezioni che saranno descritte di seguito in dettaglio: Valore Pubblico, Performance e Rischi corruttivi e trasparenza.

### **2.1 Sottosezione - Valore Pubblico**

In tale Sezione la Fondazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, determinati in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziari adottati, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare. Vengono, inoltre, definite, in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziaria, le strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto.

Per Valore Pubblico deve intendersi quale incremento di benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, sanitario e ambientale a favore dei cittadini ultrasessantacinquenni e con disabilità e del tessuto produttivo.

**Si veda allegato A – Standard per il 2022**

### **2.2 Sottosezione - Performance**

La presente sezione rappresenta la concretizzazione di quanto previsto, in riferimento alla misurazione e alla valutazione della Performance dallo specifico Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 04 di reg., del 24/01/2014.

Oltre a tale adempimento, l'Ente è anche tenuto al rispetto dei requisiti afferenti a quanto previsto dalla Regione Veneto con la Legge 22/2002, in riferimento all'Autorizzazione all'esercizio e all'Accreditamento istituzionale; per gestire in modo sistemico tali requisiti, l'Ente mira a sviluppare un autonomo Sistema Qualità, che definisca gli obiettivi strategici ed un Prospetto annuale dei risultati attesi, in grado di inglobare anche gli standard presenti nella Carta dei Servizi. Con propria Deliberazione, il Consiglio di Amministrazione mira ad adottare e ad aggiornare formalmente il Sistema Qualità, del quale il Segretario-Direttore provvede a nominare il Responsabile Gestione Qualità.

L'Ente adotta per il proprio personale dipendente il CCNL del Comparto Regioni ed Autonomie Locali, per cui annualmente provvede alla costituzione del Fondo Incentivante, sia per la parte stabile, che per la parte variabile.

Per ogni anno del triennio, con il presente Piano si adotta l'entità delle risorse massime variabili residue, collegabili alla gestione del Fondo come definito annualmente.

Con il Regolamento di amministrazione e di organizzazione degli uffici e dei servizi, l'obiettivo primario è quello di perseguire l'organizzazione e la gestione dell'Ente avendo dei precisi centri di responsabilità e di costo, cui attribuire le risorse e i risultati da raggiungere, valevoli per tutte le diverse figure professionali operanti nella Struttura.

**Politica per la qualità.** L'IPAB Fondazione Don Mozzatti d'Aprili di Monteforte d'Alpone (VR), nell'erogazione dei suoi servizi agli Ospiti e ai loro Familiari mira a definire gli obiettivi fondamentali di Qualità, cui orientare l'erogazione delle sue diverse tipologie di servizi, avendo come scopo primario il perseguimento, all'interno dell'Ente, dell'obiettivo generale di **“offrire un'assistenza personalizzata, flessibile ed il più possibile adeguata alle diverse esigenze delle persone ospitate”**, promuovendo una cultura della Qualità mirata al miglioramento continuo dei servizi erogati, configurabile non solo in riferimento a quanto previsto dal sistema di autorizzazione e di accreditamento regionale, ma anche in riferimento a quanto previsto dalla Normativa UNI EN ISO 9001:2015 per la certificazione dei Sistemi di Gestione della Qualità nelle Organizzazioni.

**Prospetto dei risultati attesi, riguardanti tutte le figure professionali operanti nell'Ente.** In riferimento all'obiettivo strategico, per il triennio 2021-2023, il presente Piano della Performance mira alla definizione e alla condivisione annuale del Prospetto dei risultati attesi, da elaborarsi a cura del Direttore, con il contributo di tutte le figure professionali operanti nell'Ente, in grado di inglobare:

- gli standard da inserire nella Carta dei Servizi dell'Ente e da comunicare ai clienti del Centro Servizi, oltre che agli organi istituzionali preposti;
- gli obiettivi assegnabili alle varie figure professionali operanti nell'Ente, al fine di precisare le specifiche responsabilità di ciascuno.
- Alcuni contenuti del PTPC.

Tutti i risultati attesi mirano ad essere la risultante di un'analisi preventiva con tutti i ruoli interessati, nell'ambito di appositi incontri, con la partecipazione di ogni ruolo professionale, sostenuta da una capillare azione di formazione e informazione, come annualmente precisata con il Piano della Formazione.

Il prospetto risultati attesi dovrà di norma essere approvato entro il 28 febbraio di ogni anno. Durante l'anno potranno essere svolte delle verifiche intermedie.

**Verifica dei risultati attesi e premialità' connessa alla parte variabile del fondo risorse decentrate** Al termine di ogni anno ed anche in itinere, tutti i possibili risultati attesi saranno oggetto di una valutazione del grado di realistico raggiungimento, sia complessivo, che per Area, che per singola figura professionale, al fine di stimare con pertinente attendibilità il Prospetto dei risultati da proporre per lo specifico anno successivo, con valenza premiante. Sulla base di siffatte premesse, la premialità per il triennio 2021-2023, da erogarsi a consuntivo, si mira all'adozione dei seguenti due criteri con quota da stabilirsi in sede contrattuale:

**Performance organizzativa peso 55 punti su 100** Il grado di raggiungimento dei risultati definiti con il Prospetto dei Risultati attesi (allegato B per il 2022) per l'anno considerato e concluso, valevoli per tutte le figure professionali operanti nell'Ente, al netto di un'adeguata valutazione delle non Conformità oggettivamente non imputabili ai soggetti responsabili.

A questa quota concorrono tutti i dipendenti con l'utilizzo di parametri che assicurino un'equa distribuzione, tenendo conto dei seguenti criteri:

1. Sono ammessi alla ripartizione i dipendenti che, nella valutazione ai fini della performance individuale, abbiano conseguito un punteggio complessivo non inferiore a 27 punti.
2. Sono ammessi alla ripartizione i dipendenti che, nel corso dell'anno di valutazione, abbiano assicurato un numero di giorni di presenza superiore a 90. I dipendenti in part time concorrono secondo la percentuale della loro presenza in servizio.
3. Il totale della quota destinata alla performance organizzativa sarà suddiviso tenendo conto del grado di raggiungimento degli obiettivi del piano della performance assegnati all'Unità Operativa, ponderato con il numero di dipendenti afferenti l'UO stessa.

**Performance individuale peso 45 punti su 100** Consiste nel contributo di ciascun dipendente al conseguimento della performance dell'unità organizzativa di appartenenza, anche con riferimento agli aspetti relativi alle modalità di attuazione, nonché al rispetto degli obblighi di comportamento, mediante l'utilizzo dei fattori valutativi di cui all'allegata scheda di valutazione.

#### **Concorrenza nella ripartizione del premio collegato alla performance individuale**

**a) determinazione del budget attribuito alla performance individuale**

All'inizio di ciascun anno di valutazione l'Ente può definire l'ammontare del valore da attribuire ai dipendenti ai fini della performance individuale

**b) Definizione del valore del "punto di valutazione"**

Una volta definito il valore di cui al punto precedente, questo viene diviso per il numero dei dipendenti, non come teste ma proporzionati con riporto ad una unità (es 2 p.t. al 50% = 1 unità), si dovrà includere il personale assunto a tempo determinato proporzionato ad un anno (es. 3 mesi \* 2 persone = 0,5 unità). Successivamente si divide per 45, quale punteggio massimo del sistema di valutazione.

**c) Determinazione del valore della retribuzione individuale**

Ciascun dipendente ottiene la propria valutazione, nel rispetto del sistema prima descritto, il cui valore complessivo viene moltiplicato per il "punto di valutazione" descritto sub b).

**Valutazione.** La valutazione della performance organizzativa è svolta dal segretario direttore che si avvale della collaborazione delle figure di coordinamento.

La valutazione della performance individuale è effettuata dal responsabile di area in collaborazione e con la validazione del segretario direttore.

La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi degli incaricati di posizione organizzativa è svolta dal Nucleo di Valutazione.

**Ricorso alla valutazione.** Entro 10 giorni dalla valutazione individuale, il dipendente può fare ricorso sul punteggio ricevuto specificando i motivi di disaccordo. Il segretario direttore, in collaborazione con il responsabile di area, può sentire il dipendente o rispondere direttamente confermando o modificando il giudizio.

**Tempistiche** La Valutazione della performance, compatibilmente con in vincoli di bilancio, sarà effettuata entro il 31 marzo dell'anno successivo di riferimento e la liquidazione sarà effettuata con il primo stipendio utile dopo l'approvazione del conto consuntivo.

## **2.3 Sottosezione - Rischi corruttivi e trasparenza**

### **2.3.1 Quadro organizzativo interno.**

L'assetto organizzativo interno è stato sensibilmente modificato nel corso del 2020, con l'insediamento del nuovo Organo di Indirizzo Politico, avvenuto nel settembre 2019, dopo due anni di commissariamento, preceduti da almeno un anno di crisi istituzionale.

A seguito di questa modifiche l'organizzazione è stata suddivisa in tre aree, ovvero: A. Area Amministrativa e del Personale; B. Area Tecnico-manutentiva, Gestione Qualità e Sicurezza; C. Area dei Servizi Sanitari, Socio-sanitari, Sociali e Alberghieri, (delibera del CDA n. 31 del 18.06.2020). Solo l'apicalità della terza area è stata assegnata, le altre sono trattenute ad interim dal segretario direttore per previsione della delibera stessa.

Il 2020 e il 2021 sono stati anni particolari per tutti. L'epidemia Covid 19 ha assorbito risorse di tempo per incontri (sono stati creati due gruppi con finalità diverse) pianificazioni, stesura di numerosi protocolli e disposizioni, contatti con le autorità, rendicontazioni di vario genere etc. L'aspetto più impegnativo è stato quello di dover trasformare in poco tempo un'organizzazione il cui Know how è di natura socio assistenziale con una componente sanitaria conosciuta e prevedibile, in un vero e proprio reparto malattie infettive con annessi e connessi, sia strutturali che culturali ed emotivi di tutto il personale.

Tutto quello che è accaduto in questi due anni, nel nostro Ente che è innanzitutto socio sanitario con il focus sull'assistenza agli ospiti, gli adempimenti di natura prettamente amministrativa, anche se di sostanza, rischiano di passare in secondo piano.

Nonostante questo anche nel settore dell'anticorruzione si è riusciti nel 2021 portare a compimento gli obiettivi prefissati.

Si esplicita di seguito il "Piano Triennale per la prevenzione della corruzione" che, per gli eventi sopra citati, sarà certamente oggetto di modifiche ed integrazioni nei mesi/anni a venire.

### **2.3.2 Quadro normativo di riferimento**

- L. n° 190/2012 Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione
- D. Lgs. n° 33/2013 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni
- D. Lgs. n° 39/2013 Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico
- D.P.R. n° 62/2013 Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165
- L. 27 maggio 2015, n. 69 Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio
- D. Lgs. n° 97/2016 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche

- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n° 72/2013
- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con determinazione dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n° 12/2015
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016 approvato con delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 831/2016
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 approvato con delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 1064/2019.
- Linee-guida adottate dall’ANAC sugli argomenti oggetto del presente PTPC.

Il presente PTPC (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione), nell’aggiornare ed integrare il precedente approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n° 3/2014, tiene conto delle novità normative ed interpretative nel frattempo intervenute ed in particolare dell’aggiornamento del PNA 2013 (determina ANAC n° 12/2015) e del nuovo PNA, approvato con delibera ANAC n° 831/2016.

### **2.3.3 Novità del PNA 2016**

La nuova disciplina, introdotta dal PNA 2016:

- tende a rafforzare il ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione (RPC) prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative;
- nell’ambito dell’obiettivo di semplificazione delle attività in materia, unifica in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell’integrità (PTTI) ed in conseguenza, viene unificato in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), con necessità che gli organi di indirizzo formalizzino con apposito atto l’integrazione dei compiti in materia di trasparenza agli attuali RPC, avendo cura di indicare la relativa decorrenza;
- prevede un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani così come di quello degli organismi indipendenti di valutazione (OIV). Questi ultimi, in particolare, sono chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici;
- prevede una possibile articolazione delle attività in rapporto alle caratteristiche organizzative (soprattutto dimensionali) delle amministrazioni.

### **2.3.4 Finalità**

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

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

### **2.3.5 Rapporto tra PNA e PTPC 2013 e PNA e PTPC 2016 a aggiornamenti successivi.**

Il precedente PTPC risultava essere alquanto scarno, essendo la prima applicazione della normativa anticorruzione che, per sua natura, richiede tempi di adeguamento. Per tali motivi, proprio partendo dalla considerazione che gli strumenti previsti dalla normativa anticorruzione richiedono un impegno costante anche in termini di comprensione effettiva della loro portata da parte delle amministrazioni per produrre gli effetti sperati, l'ANAC nel PNA 2016 ha deciso di confermare le indicazioni già date con il PNA 2013 e con l'Aggiornamento 2015 al PNA per quel che concerne la metodologia di analisi e valutazione dei rischi, considerate indicazioni centrali per la corretta progettazione di misure di prevenzione contestualizzate rispetto all'ente di riferimento.

Alla luce di ciò, il presente PTPC tiene ferma l'impostazione della valutazione e gestione del rischio secondo i criteri forniti dalla medesima ANAC e dalla maggioranza dei commentatori in dottrina.

#### **Aggiornamenti successivi**

Così, anche per gli Aggiornamenti PNA 2017 e PNA 2018, l'Autorità ha dato conto, nella prima parte di carattere generale, degli elementi di novità previsti dal d.lgs. 97/2016 valorizzandoli, in sede di analisi dei PTPCT di numerose amministrazioni, per formulare indicazioni operative nella predisposizione dei PTPCT. Nella parte speciale sono state affrontate, invece, questioni proprie di alcune amministrazioni o di specifici settori di attività o materie.

Tutti questi approfondimenti mantengono ancora oggi la loro validità. Per quanto riguarda la materia dei contratti pubblici, l'Autorità si riserva di adeguare le specifiche indicazioni elaborate nell'Aggiornamento PNA 2015 alla disciplina introdotta dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e successive modifiche e integrazioni.

#### **PNA 2019-2021**

Considerato che nel tempo l'Autorità è dovuta tornare più volte sugli stessi temi, sia per adeguare gli indirizzi alle novità legislative, sia per tenere conto delle problematiche rilevate in sede di consultazione e di vigilanza, per il PNA 2019-2021 il Consiglio dell'Autorità ha deciso di concentrare la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale del PNA, rivedendo e consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono anche stati oggetto di appositi atti regolatori. Si intendono, pertanto, superate le indicazioni contenute nelle Parti generali dei PNA e degli Aggiornamenti fino ad oggi adottati. Il PNA contiene rinvii continui a delibere dell'Autorità che, ove richiamate, si intendono parte integrante del PNA stesso<sup>1</sup>. L'obiettivo è quello di rendere disponibile nel PNA uno strumento di lavoro utile per chi, ai diversi livelli di amministrazione, è chiamato a sviluppare ed attuare le misure di prevenzione della corruzione. Le ragioni di fondo che hanno guidato la scelta del Consiglio sono, oltre a quella di semplificare il quadro regolatorio al fine di agevolare il lavoro delle amministrazioni e il coordinamento dell'Autorità, quelle di contribuire ad innalzare il livello di responsabilizzazione delle pubbliche amministrazioni a garanzia dell'imparzialità dei processi decisionali. Si fa presente che le indicazioni del PNA non devono comportare l'introduzione di adempimenti e controlli formali con conseguente aggravio burocratico. Al contrario, sono da intendersi in un'ottica di ottimizzazione e maggiore razionalizzazione dell'organizzazione e dell'attività delle amministrazioni per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo i principi di imparzialità, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

#### **Principali Novità 2021**

Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 – (modificate con il Comunicato del Presidente dell’Autorità del 21 luglio 2021 Errata corrige): *Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)* Modulistica reperibile: <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-numero-469-del-9-giugno-2021-e-linee-guida?inheritRedirect=true&redirect=%2Frisultati-ricerca%3Fq%3Ddelibera%2520469%2520%2520del%25202021>

### **2.3.6 Analisi del contesto esterno ed interno**

#### **Analisi del contesto esterno**

L’analisi del contesto esterno si avvale dei dati contenuti nella Relazione periodica sullo stato dell’ordine e della sicurezza pubblica per l’anno 2014 (ultimo disponibile), presentata dal Ministro dell’Interno e reperibile nel sito della Camera dei Deputati, dalla quale emerge che nelle Province di Verona e Vicenza, ambito entro cui si può ritenere circoscritta l’attività di questo Ente, non risultano accertati fenomeni criminali di particolare importanza riconducibili alle attività prese in considerazione dal presente documento. Stando alle recenti notizie di cronaca, si registra infatti una crescente espansione di attività criminosa di stampo mafioso che al momento non sembra intaccare i settori produttivi e commerciali riconducibili e/o connessi alle attività istituzionali.

#### **Analisi del contesto interno**

Per quanto riguarda direttamente l’attività di questo Ente, si segnala che nel corso del triennio 2019-2021 non si sono registrati procedimenti, interessanti direttamente l’Ente o i propri dipendenti, per fatti relativi ad attività di cui al presente PTPC:

#### **Popolazione e bacino di utenza**

Il bacino di utenza è prevalentemente quello relativo alla popolazione anziana e disabile adulta residente nel territorio della Aulss 9 Scaligera e, in piccola parte, della Aulss 8 Berica. Le diverse strutture gestite dall’Ente tendono a fornire risposte ad ampio spettro, essendo rivolte sia a persone in condizione di non autosufficienza certificata da scheda S.Va.M.A e S.V.A.M.D.I., sia a persone in tutto o in parte autosufficienti, sia a disabili non gravi, con discreto grado di autonomia.

Nello specifico, l’Ente gestisce strutture residenziali per anziani non autosufficienti di minima e media assistenza, Comunità per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, Comunità per disabili adulti gravi e gruppi appartamento per disabili parzialmente autonomi. Tutti i servizi sono autorizzati/accreditati ex L.R.22/2002. L’Ente, inoltre, eroga servizi per utenti esterni.

#### **Analisi del contesto e dei bisogni assistenziali**

Le diverse strutture gestite dall’Ipab “Fondazione Don Mozzatti d’Aprili” offrono servizi alla popolazione anziana e disabile di un territorio (l’estremo Est Veronese e la Val D’Alpone) alquanto ricco di offerte all’utenza; diventa pertanto fondamentale diversificare e specializzare sempre più i propri servizi, divenendo allo stesso tempo più “flessibili” ed in grado di accogliere le diverse richieste provenienti sia dalle famiglie che dalla rete socio – sanitaria.

L’Ente è in grado, ad oggi, di accogliere nelle diverse strutture utenti che spaziano dalla piena autosufficienza fino alla più grave non autosufficienza; per quanto riguarda la disabilità, infatti, accanto alla struttura di Comunità l’Ente gestisce anche “gruppi appartamento” che, per loro natura, accolgono persone con un certo grado di autonomia. Per quanto riguarda gli anziani, l’IPAB gestisce nuclei per non autosufficienti (sia di grado minimo che medio), nuclei specialistici per demenze, strutture per persone parzialmente autosufficienti che totalmente autosufficienti.

L’Ente, inoltre, gestisce anche servizi territoriali e domiciliari che si rivolgono alla popolazione non residente nelle proprie strutture. Ultimamente, a causa della scadenza di alcune convenzioni, tale attività



ha subito una flessione che imporrà all'IPAB, nel prossimo futuro, nuove riflessioni e strategie di rilancio.

### **2.3.7 Individuazione delle attività con rischio di corruzione**

L'identificazione e l'analisi dei processi costituiscono un'attività complessa, che richiede un notevole impiego di risorse e, se programmata ed attuata in tempi ristretti secondo gli schemi finora vigenti, risulta incompatibile per la quantità di risorse assorbite, con lo svolgimento delle attività di normale funzionamento dell'Ente.

Lo stesso legislatore, nella novellata disciplina in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ha rivolto una particolare attenzione agli enti di dimensioni organizzative ridotte, che presentano difficoltà nell'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza, spesso a causa dell'esiguità di risorse umane e finanziarie a disposizione, al fine di agevolare l'applicazione della normativa, individuando modalità organizzative e attuative semplificate. Anche l'ANAC ha tenuto in considerazione tale oggettiva difficoltà nel PNA 2016, ritenendo che l'esigua dimensione organizzativa, la proiezione esclusivamente locale delle scelte amministrative e la conseguente frammentazione della strategia di contrasto alla corruzione tra le molteplici realtà locali rappresentino gravi ostacoli a un efficace contrasto alla corruzione. Conseguentemente l'Autorità si è riservata di elaborare indicazioni volte ad agevolare il processo di gestione del rischio di corruzione nei piccoli comuni in cui la scarsità di risorse non consente di implementare, in tempi brevi, un adeguato processo valutativo e di emanare specifiche Linee guida con modalità semplificate per l'attuazione degli obblighi di trasparenza.

Tale semplificazione viene peraltro riferita ai piccoli comuni, intendendosi come tali quelli con popolazione fino a 15.000 abitanti, nel cui novero rientrano senz'altro realtà organizzative ben più complesse e strutturate di quella a disposizione di questo Ente. A ragione si ritiene, quindi, che tali misure semplificate potranno essere applicate a realtà come quella di questo Ente, che presenta una ridotta struttura amministrativa.

Pertanto in questa fase transitoria, in attesa delle misure semplificative sopracitate, si ritiene di poter fare riferimento all'analisi per macro-processi.

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

- Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
- Gestione delle entrate e delle spese;
- Selezione del personale;
- Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente;
- Conferimento di incarichi di collaborazione;

per tali attività sono coinvolti gli Uffici Amministrativi nei quali vengono svolte le attività di economato, approvvigionamento e appalti, segreteria, e gestione del personale;

- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale;
- Procedure di accesso a servizi in regime semiresidenziale;
- Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti;
- Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura

per tali attività sono coinvolti l'ufficio dell'assistente sociale, competente per il processo di inserimento e primo accoglimento in struttura, tutto il personale socio-assistenziale-sanitario operante nei nuclei delle diverse strutture ed, in particolare, i coordinatori di detti servizi.

### 2.3.8 Valutazione del rischio

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

Tali criteri prendono in considerazione:

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

Discrezionalità - Il processo è discrezionale

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

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

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

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

No, il processo coinvolge una sola p.a	1
Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3
Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5

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

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

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

No	1
Sì	5

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

Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3

Sì, ma in minima parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5

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

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

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

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

No	1
Si	5

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

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

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

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

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

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo: valori livello di rischio – intervalli	Classificazione del rischio
0	nullo
superiore a 0 ma inferiore a 5	scarso
superiore a 5 ma inferiore a 10	moderato
superiore a 10 ma inferiore a 15	rilevante

superiore a 15 ma inferiore a 20	elevato
superiore a 20	critico

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

Gestione delle entrate e delle spese			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	18	Totale	4
Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	4
Livello di rischio (probabilità x impatto)			3
Classificazione del rischio			Scarso

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

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

Livello di rischio (probabilità x impatto)	2,040
Classificazione del rischio	Scarso

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

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

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

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

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti	
Probabilità	Impatto

Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	1
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	18	Totale	6
Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	1,5
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,5
Classificazione del rischio			Scarso

Esiste la possibilità che il personale socio-sanitario sia esposto al rischio di corruzione da parte dei familiari degli ospiti per preferire il proprio congiunto nello svolgimento dell'attività di assistenza.

Si ritiene, tuttavia, di poter classificare tale rischio come medio-basso in quanto il margine di discrezionalità tecnica, pur esistente nell'esercizio di tale attività, risulta controbilanciato dall'alternanza delle figure professionali che assistono uno stesso ospite, dovuta all'articolazione in turni dell'orario di lavoro, nonché dalla regolamentazione delle attività assistenziali sia a livello di singolo ospite, a mezzo del PAI Piano di Assistenza Individuale, sia a livello organizzativo più generale, a mezzo di protocolli, linee-guida ecc.

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

### 2.3.9 Misure atte a prevenire il rischio di corruzione

#### Revisione dei regolamenti

Entro il 31.12.2022 il RPCT, in collaborazione con lo staff amministrativo provvederà ad analizzare i regolamenti vigenti dell'Ente, elaborando le opportune modifiche e/o integrazioni finalizzate alla diminuzione del rischio di corruzione, mediante semplificazione dei processi e procedimenti, dematerializzazione, ove possibile, delle procedure, garanzie di trasparenza ecc.

Agli stessi criteri sarà ispirata anche la redazione di eventuali nuovi regolamenti. Il RPCT eventualmente valuterà se relazionare al Consiglio di Amministrazione, anche nel caso in cui non rilevasse l'opportunità di alcuna modifica o integrazione.

Tempi e fasi di attuazione: analisi e stesura entro il 31.12.2022.

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi, direttore, coordinatore dei servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: approvazione della delibera del CdA entro il 31.12.2021.

#### Rappresentazione grafica ed informatizzazione dei processi

Allo stato attuale, non sembra necessaria la rappresentazione grafica dei processi decisionali a elevato rischio di corruzione, in quanto solo un processo risulta con "rischio moderato" e riguarda le procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture per le quali gli addetti preposti dell'ente applicano tassativamente le disposizioni previste dal D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.

#### **Attività diretta alla prevenzione di situazioni di conflitto di interesse anche per attività non di carattere amministrativo**

La disciplina normativa prevede che il soggetto in situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, in merito ad un determinato processo assegnatogli, ha l'obbligo di segnalazione al proprio responsabile della situazione di conflitto con conseguente dovere di astensione.

Si ritiene che tale situazione possa verificarsi non solo in ambito amministrativo in ordine all'iter di un procedimento amministrativo, ma anche nel processo assistenziale a carico dei soggetti in esso coinvolti, ritenendo quindi che, anche in tali casi, debba applicarsi il medesimo dovere di astensione (es. dipendente assegnato al medesimo reparto dove si trova ricoverato un suo parente). Sarà svolta specifica attività di monitoraggio per verificare l'esistenza di tali situazioni e sarà cura del RPCT porre in essere le misure atte a porre rimedio a situazioni eventualmente esistenti e ad impedire che si creino in futuro, fatte comunque salve le prioritarie esigenze assistenziali dell'ospite.

Tempi e fasi di attuazione: entro il 31.12 di ogni anno.

Responsabile/i dell'attuazione: ufficio personale, direttore generale.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: informativa inviata a tutti i nuovi dipendenti.

#### **Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità**

In attuazione delle disposizioni del d.lgs. 39/2013, con particolare riferimento alle verifiche e ai controlli dell'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, sarà svolta specifica attività di controllo a campione delle autocertificazioni acquisite in sede di attribuzione dell'incarico, al fine di accertare la veridicità e completezza di quanto dichiarato dagli interessati, rinviando per i dettagli alle specifiche linee-guida di cui alla delibera ANAC n° 833 del 3/8/2016.

Tempi e fasi di attuazione: entro il 31.12 di ogni anno.

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: elenco nominativi campionati e verificati.

#### **Azioni di sensibilizzazione**

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate mediante il PTPC, il coinvolgimento e l'ascolto di tutto il personale, anche tenuto conto del periodo di "stasi" che ha coinvolto l'Ente in molti "processi" ivi compreso quello oggetto del presente piano. Sarà data particolare attenzione, pertanto, alla diffusione del presente documento e della specifica condivisione con tutti i capi area/servizi dell'Ente.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2021.

Responsabile/i dell'attuazione: direttore/ responsabile ufficio personale

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: verbali riunioni effettuate.

#### **Codice di comportamento**

Questo Ente oltre all'applicazione di quanto stabilito dal codice di cui al D.P.R. n° 62/2013, provvederà a continua e specifica attività di valutazione sulla eventuale necessità di procedere ad adeguamenti e/o integrazioni, che dovessero rendersi opportuni a seguito della applicazione del Codice.

## **Rotazione degli incarichi**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione. Tuttavia anche l'ANAC nel PNA riconosce l'impossibilità di applicare la misura della rotazione all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni, richiedendo peraltro un'adeguata motivazione nel PTPC delle ragioni della mancata applicazione dell'istituto.

Per quanto questo Ente riconosca la rilevanza di tale misura nella prevenzione dei fenomeni corruttivi, si evidenzia che, data la sua struttura dimensionale, risulta impossibile coniugare il principio della rotazione degli incarichi con l'efficienza degli uffici, visto il numero non elevato di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun ufficio. Per tale motivo l'interscambio del personale può compromettere la funzionalità della gestione amministrativa, per cui si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze e nei limiti delle concrete possibilità.

Anche per quanto riguarda l'ambito dei servizi socio-assistenziali, dove pure il numero di addetti, soprattutto con riferimento agli O.S.S., consentirebbe un'applicazione più puntuale della misura, occorre tener in considerazione come, in molti casi, il rapporto di diretta conoscenza personale con gli ospiti sia valore da salvaguardare nell'ottica di garantire una migliore assistenza agli ospiti stessi. L'interscambio del personale potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza prestata per il fatto che, in parecchi casi, gli addetti rappresentano per gli ospiti importanti figure di riferimento la cui eventuale sostituzione potrebbe avere ripercussioni negative per gli assistiti. Pertanto, si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze.

Come consigliato nel PNA, si cercherà tuttavia, di sviluppare altre misure organizzative di prevenzione alternative alla rotazione, che però sortiscano un effetto analogo a questa, favorendo una maggiore compartecipazione del personale alle attività, soprattutto per quanto riguarda i processi identificati come più a rischio, attraverso la promozione di meccanismi di condivisione delle fasi dei processi, anche mediante momenti di affiancamento del personale. Tale misura sarà applicata previa analisi finalizzata ad attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze, al fine di evitare eccessive concentrazioni di mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto.

## **Formazione del personale**

La legge n. 190/2012 prevede la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. Nel 2021 si è proceduto ad una azione formativa per tutto il personale e si continuerà con il 2022.

Per il 2022 si continuerà ad attuare quanto descritto al capitolo 5 (paragrafo "azioni di sensibilizzazione").

## **Segnalazione di atti di corruzione – procedura e protezione del denunciante**

La protezione del denunciante è diretta ad evitare che il dipendente, venuto a conoscenza di condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, ometta di segnalarle per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. A tal fine l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 impone all'amministrazione che riceve la segnalazione di assicurare la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona, garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione della segnalazione e in ogni fase successiva.

Appare opportuno sottolineare che l'attività di segnalazione da parte dei dipendenti delle condotte illecite, di cui siano venuti a conoscenza, deve essere effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione.



Per quanto riguarda la disciplina dell'ambito di applicazione, della distinzione tra segnalazione anonima e riservatezza dell'identità del segnalante, dell'oggetto della segnalazione e delle condizioni per la tutela del segnalante si rinvia a quanto dettagliatamente previsto dalla Determinazione ANAC n° 6 del 28/04/2015 e successive linee guida approvate con delibera n. 469 del 9 giugno 2021 – (modificate con il Comunicato del Presidente dell'Autorità del 21 luglio 2021 Errata corrige): *Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)* Modulistica reperibile: <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-numero-469-del-9-giugno-2021-e-linee-guida?inheritRedirect=true&redirect=%2Frisultati-ricerca%3Fq%3Ddelibera%2520469%2520%2520del%25202021>

Il destinatario delle segnalazioni è il RPCT. Qualora le segnalazioni riguardino il RPCT, le stesse devono essere inviate direttamente all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Il "segnalante" utilizza, per la propria segnalazione, un apposito modulo reperibile nel sito dell'Ente nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti – Anticorruzione".

La segnalazione dovrà contenere gli elementi utili per consentire le dovute verifiche e riscontri della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione. E' quindi necessario che la stessa sia adeguatamente circostanziata, riguardi fatti riscontrabili e conosciuti direttamente dal segnalante e non riportati o riferiti da altri soggetti nonché contenga tutte le informazioni e i dati per individuare inequivocabilmente gli autori della condotta illecita.

Le segnalazioni possono essere presentate preferibilmente tramite invio all'indirizzo di posta elettronica [anticorruzione@donmozzatti.it](mailto:anticorruzione@donmozzatti.it), appositamente dedicato alla ricezione delle segnalazioni, al quale potrà accedere con credenziali riservate e personali esclusivamente il RPCT. L'indirizzo di posta elettronica è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente. Qualora la segnalazione sia inviata in formato cartaceo, la stessa dovrà essere contenuta in doppia busta chiusa. La segnalazione ricevuta sarà custodita, in modo da garantire la massima sicurezza e riservatezza.

All'atto del ricevimento della segnalazione, il RPCT avrà cura di separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione per tutta la durata dell'istruttoria del procedimento, rendendo impossibile risalire all'identità del segnalante.

Il RPCT, all'atto del ricevimento della segnalazione, provvederà, ad avviare, con le opportune cautele, la procedura interna per la verifica dei fatti rappresentati nella dichiarazione del segnalante. Nel rispetto della massima riservatezza e dei principi di imparzialità, potrà effettuare ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sugli episodi ivi rappresentati.

La segnalazione, dopo avere subito l'anonimizzazione e l'oscuramento in corrispondenza dei dati identificativi del segnalante, potrà essere trasmessa, a cura del RPCT, ad altri soggetti interessati per consentire loro le valutazioni del caso e/o le eventuali iniziative in merito da intraprendere; le risultanze dell'istruttoria dovranno essere comunicate al RPCT non oltre 30 giorni dalla ricezione della segnalazione, salvo proroga, per giustificato motivo, di ulteriore 15 giorni.

Qualora, all'esito delle opportune verifiche, la segnalazione risulti fondata, in tutto o in parte, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- 1) sussistendone i presupposti, ad avviare l'azione disciplinare a carico dei responsabili;
- 2) sussistendone i presupposti a presentare segnalazione all'Autorità competente a perseguire i comportamenti accertati (Autorità giudiziaria, Corte dei Conti, ANAC ecc.).

Il termine per la conclusione del procedimento viene fissato in 40 giorni naturali e consecutivi, dalla data del ricevimento della segnalazione, fatta salva la proroga motivata dei termini in caso di accertamento particolarmente complesso.

Il RPCT, a conclusione degli accertamenti nei termini di cui sopra, informa dell'esito o dello stato degli stessi il segnalante.

### **2.3.10 Monitoraggio sull'attuazione del PTPC e delle misure**

In attuazione di quanto previsto al punto 6.6 della Determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015, si ritiene che questo Ente non rivesta un carattere di complessità, né per dimensione organizzativa, né per diversificazione delle attività svolte, né per articolazione territoriale, tale da richiedere verifiche infrannuali sull'attuazione delle misure previste dal presente PTPC. Pertanto, la verifica avverrà con cadenza annuale entro il 31.12 di ogni anno mediante compilazione, a cura del RPCT, di apposita scheda prevista da ANAC "Scheda per la predisposizione entro il 31.12 di ogni anno della relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione".

E' comunque facoltà del RPCT di svolgere ulteriori verifiche del cui esito dovrà dar conto nella relazione annuale, ai sensi dell'art. 1, c. 14, della L. n° 190/2012.

### **2.3.11 Trasparenza**

In materia di trasparenza occorre **tenere** conto la raccomandazione dell'ANAC, contenuta nel PNA 2016 di rafforzare tale misura, nonché le rilevanti innovazioni apportate dal d.lgs. 97/2016. Tale decreto persegue, in particolare, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti, mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (co. 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in base ai criteri che saranno elaborati dall'ANAC con propria delibera, della quale si è in attesa.

Sempre in un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione, il novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013, dispone la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPC, prevedendo che debbano essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza. Pertanto, in adempimento di tale disposizione, si inseriscono di seguito i contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I), ove si trovano indicate le misure relative alla trasparenza che si intendono intraprendere, nonché i soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati, riservandosi un eventuale aggiornamento di tali contenuti dopo che saranno stati emanati i previsti provvedimenti dell'ANAC in materia.

#### **Trasparenza: Definizione**

Ai fini del presente documento per trasparenza si intende la accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto della organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

#### **Integrità: Definizione**

Ai fini del presente documento per integrità si intende il dovere, da parte dei cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche, di adempiere alle stesse “con disciplina e onore”.

La trasparenza, attuata mediante la pubblicazione di dati riguardanti l’Amministrazione, permette di prevenire, ed eventualmente di svelare, situazioni in cui possano annidarsi forme di illecito e di conflitto di interessi.

### **Protezione dei dati personali**

Il presente Programma Triennale è stato elaborato nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, in particolare:

- i dati pubblicati e i modi di pubblicazione sono pertinenti e non eccedenti rispetto alle disposizioni della legge;
- i dati sensibili vengono divulgati in forma anonima e in forma aggregata;
- i dati sono pubblicati in modo da evitare la proliferazione da parte dei motori di ricerca.

### **Selezione dei dati da pubblicare**

I dati da pubblicare sul sito istituzionale dell’Ente sono indicati di seguito:

#### Sezione I – disposizioni generali

1. programma triennale per la trasparenza e l’integrità;
2. attestazione di assolvimento degli obblighi di pubblicazione;
3. statuto,
4. codice di condotta
5. codice disciplinare;

#### Sezione II – organizzazione 11

1. elenco degli amministratori dell’Ipab;
2. provvedimento di nomina degli amministratori in carica;
3. curriculum di ogni amministratore in carica;
4. indennità e rimborsi spese erogati agli amministratori su base annua;
5. dati relativi all’assunzione di altre cariche da parte degli amministratori, presso enti pubblici e privati, o incarichi con oneri a carico della finanza pubblica, e relativi compensi;
6. eventuali sanzioni per mancata comunicazione dei dati;

#### Sezione III – organizzazione 2

1. organigramma con articolazione delle Aree, dei servizi e degli uffici;
2. contatti telefonici e di posta elettronica;

---

<sup>1</sup> La circolare ANAC n. 50/2013 specifica che una serie di dati relativamente alla situazione patrimoniale degli amministratori non sono richiesti per i Comuni inferiori a 15.000 abitanti. Sarà importante indicare, nella deliberazione di approvazione del PTTI, che “per i dati di cui all’art. 14, c. 1, lett. f) e 47, c. 1 del D.Lgs. 33/2013, nonché art. 1, c. 1, n. 5 della legge 441/1982, si proporrà apposito quesito alle competenti Autorità per conoscerne l’eventuale applicabilità alle IPAB”

#### Sezione IV – consulenti e collaboratori

1. tabella estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione, anche coordinata e continuativa, e di consulenza: soggetti percettori, ragione dell'incarico, ammontare erogato;
2. curriculum di ogni titolare di incarico;
3. tabella con i dati di cui all'art. 1, commi 123 e 127, della legge 662/1996 (compensi percepiti dai dipendenti dell'Ente anche per incarichi relativi a compiti e doveri d'ufficio, elenco dei collaboratori esterni e dei soggetti cui sono stati affidati incarichi di consulenza, con indicazione dell'incarico e dei compensi corrisposti);

#### Sezione V – personale dirigenziale

1. tabella dati di conferimento incarico a Direttore Generale (estremi dell'atto, nominativo, dipendente pubblica amministrazione o esterno, ragione dell'incarico e ammontare erogato);
2. curricula del Direttore Generale e dei dirigenti;
3. retribuzioni annuali del Direttore Generale e dei dirigenti, con specifica evidenza delle componenti variabili delle stesse;
4. tabella dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali e relativi compensi, per il Direttore Generale e per i dirigenti;
5. dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per il Direttore Generale e per i dirigenti;
6. elenco delle posizioni dirigenziali, con titoli e curricula, attribuite a persone individuate discrezionalmente dal Consiglio di Amministrazione;
7. eventuale avviso per posti di funzione dirigenziale disponibili;

#### Sezione VI – personale non dirigenziale

1. curricula dei titolari di posizioni organizzative;
2. dotazione organica al 31 dicembre di ogni anno;
3. tabella dati annuali sul costo del personale, suddiviso per aree, compresi i dipendenti a tempo determinato, i lavoratori somministrati e le attività libero professionali;
4. tabella elenco nominativo dipendenti a tempo determinato, lavoratori somministrati e attività libero professionali;
5. tabella dati trimestrali sui tassi di assenza del personale, suddiviso per aree;
6. tabella incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti, compresi i compensi;
7. link al sito web ARAN per la consultazione del CCNL;
8. contratto collettivo decentrato con relazione tecnico – finanziaria e illustrativa certificata dagli organi di controllo;

#### Sezione VII – bandi di concorso

1. bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati per assunzioni a tempo indeterminato e determinato;

2. tabella dei bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati nell'ultimo triennio per assunzioni a tempo indeterminato e determinato, con graduatoria finale di merito e indicazione del personale assunto;

#### Sezione VIII – performance e benessere organizzativo

1. tabella nominativi, curricula e compensi dei componenti del Nucleo di Valutazione<sup>2</sup>;
2. distribuzione dei premi di produttività e analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti;
3. dichiarazione sull'applicazione alle IPAB della disciplina della performance e dell'OIV;
4. relazione attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;

#### Sezione IX – enti o società controllati<sup>3</sup>

1. tabella elenco delle società partecipate (ragione sociale, misura della partecipazione, durata dell'impegno, oneri a qualsiasi titolo gravanti sul bilancio dell'ente, numero dei rappresentanti dell'ente e trattamento economico complessivo spettante, risultati di bilancio degli ultimi tre anni, incarichi di amministratore e trattamento economico complessivo);
2. dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per gli amministratori degli enti o società controllati;
3. link al sito web degli enti controllati ove sono pubblicati i dati relativi ai compensi degli amministratori, dei dirigenti e dei titolari di incarichi di collaborazione o consulenza;
4. rappresentazione grafica sulle partecipazioni;

#### Sezione X – attività e procedimenti

1. elenco dei procedimenti amministrativi tipici<sup>4</sup>;
2. tabella, per ogni procedimento amministrativo, contenente breve descrizione, ufficio responsabile dell'istruttoria e recapiti, modalità per ottenere informazioni sui procedimenti in corso; termini per la conclusione del procedimento, eventuale presenza di silenzio – assenso; strumenti di tutela amministrativa nei confronti del provvedimento finale, modalità per effettuare eventuali pagamenti; nome dell'eventuale soggetto cui è attribuito potere sostitutivo in caso di inerzia, eventuale modulistica standardizzata;
3. elenco semestrale deliberazioni del Consiglio di Amministrazione e determinazioni dirigenziali, contenente: identificativo, oggetto, eventuale spesa prevista;
4. monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali e degli impegni assunti con la Carta dei Servizi;
5. tabella dati di eventuali indagini di customer satisfaction sui servizi erogati;

---

<sup>2</sup> Per chi ha adottato il sistema della performance: pubblicare 1) il sistema di misurazione e valutazione della performance; 2) il piano della performance; 3) la relazione sulla performance; il documento OIV di validazione della relazione sulla performance; 4) relazione dell'OIV sul funzionamento del sistema. Sostituire inoltre i dati del Nucleo di Valutazione con quelli dell'OIV.

<sup>3</sup> Dichiarare eventualmente già nel PTTI che non vi sono situazioni di enti o società controllate, onde evitare la pubblicazione.

<sup>4</sup> Per un'IPAB normalmente i procedimenti amministrativi sono: concorsi pubblici, gare d'appalto, accesso amministrativo. I servizi sono regolati da contratti privati, e l'accesso alla struttura è regolato da graduatorie ULSS.

#### Sezione XI – bandi di gara e contratti

1. bandi di gara d'appalto per i quali è prevista la pubblicazione, compresa la documentazione comunque soggetta a pubblicazione, esiti compresi;
2. tabella informativa sulle singole procedure ex art. 1, comma 32, D.Lgs. 33/2013;

#### Sezione XII – sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici<sup>5</sup>

1. criteri e modalità per l'erogazione di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici;
2. tabella con elenco su base annuale di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici erogati;

#### Sezione XIII - bilanci

1. bilancio di previsione e bilancio consuntivo in forma sintetica;

#### Sezione XIV – beni immobili e gestione patrimonio

1. elenco dei beni immobili patrimoniali;
2. importo su base annua dei canoni di affitto e locazione dei beni immobili patrimoniali;

#### Sezione XV – controlli e rilievi sull'amministrazione

1. rilievi non recepiti da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e rilievi di qualunque tipo da parte della Corte dei Conti ovvero dichiarazione di inesistenza su base annuale;

#### Sezione XVI – servizi erogati

1. carta dei servizi;
2. prospetto degli standards definiti per l'erogazione dei servizi, tabella dei tempi medi di attesa per i procedimenti amministrativi o dichiarazione di non sussistenza;<sup>6</sup>

#### Sezione XVII – pagamenti dell'amministrazione

1. indicatore di tempestività dei pagamenti;
2. codice IBAN del conto di Tesoreria;
3. importo delle rette di ospitalità e altri servizi aggiornate annualmente;
4. modalità per il pagamento delle rette;

#### Sezione XVIII – opere pubbliche

1. piano triennale delle opere pubbliche e relazioni annuali;

#### Sezione XIX – altri contenuti: corruzione

1. piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

---

<sup>5</sup> Prevedere comunque tale voce, anche se sarà pari a zero.

<sup>6</sup> Interpretare preferibilmente come lista di attesa per l'ingresso: quindi basterà una dichiarazione in cui si specifica che l'ingresso in struttura è affidato alla ULSS da parte della vigente legislazione.

2. nominativo del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativi contatti;
3. relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione;
4. eventuali atti adottati in ottemperanza a provvedimenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;
5. eventuali atti di accertamento della violazione del D.Lgs. 39/2013;

#### Sezione XX – altri contenuti: accesso civico

1. nominativo del responsabile della trasparenza a cui presentare richiesta di accesso civico e relativi contatti;
2. nominativo del titolare di potere sostitutivo, attivabile in caso di ritardo o mancata risposta del responsabile della trasparenza e relativi contatti;<sup>7</sup>

#### Sezione XXI – altri contenuti: accessibilità e catalogo dati, metadati e banche dati<sup>8</sup>

1. regolamento di disciplina dell'esercizio della facoltà di accesso telematico e di riutilizzo dei dati ai sensi dell'art. 52, comma 2, del D.Lgs. 82/2005;
2. catalogo dei dati, metadati e relative banche dati in possesso dell'Ente.

### **2.3.12 Responsabile per la trasparenza e la corruzione**

Il responsabile per la trasparenza e per la prevenzione della Corruzione della IPAB "Fondazione Don Mozzatti D'Aprili" è individuato nel Segretario/Direttore.

Il RPCT svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa.

Il RPCT provvede all'aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

### **2.3.13 Soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati**

I soggetti incaricati dell'individuazione ed elaborazione dei dati sono individuati negli istruttori tutti degli uffici amministrativi.

I suddetti adempiono agli obblighi di pubblicazione nei tempi previsti dalla vigente normativa e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

### **2.3.14 Sanzioni**

La violazione delle misure previste dal presente PTPC, salva ogni eventuale ulteriore forma di responsabilità, costituisce comportamento contrario ai doveri d'ufficio e, come tale, sarà sanzionata disciplinarmente.

---

<sup>7</sup> Da individuare formalmente

<sup>8</sup> Da prevedere, anche se, molto facilmente, nessuna IPAB ancora ha adottato tale regolamento.

## SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Relazione accompagnatoria al Piano triennale del fabbisogno di Personale triennio 2021-2023.

### 3.1 piano del fabbisogno premessa e obiettivi

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP), è un atto di programmazione che deve essere adottato dall'organo deputato all'esercizio delle funzioni d'indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'art 4, comma 1 del D.lgs. n. 165/2001. L'art. 6, comma 2, del citato D.Lgs. n. 165/2001, così come definito dall'art. 4, comma 1 del D.lgs. n. 75/2017, dispone che le pubbliche amministrazioni adottino il Piano triennale del fabbisogno di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

L'attuale carenza di alcune professionalità socio-sanitarie e la pandemia di Sars-Cov2 hanno comportato e comporteranno la necessità di riorganizzare i servizi con più frequenza ed elasticità, con ricorso a strumenti alternativi di acquisizione di risorse a quelli ordinari (selezioni pubbliche), per garantire gli standard regionali.

L'obiettivo fondamentale del presente Piano Triennale del Fabbisogno di Personale è la programmazione delle attività amministrative e di assistenza finalizzate a garantire le risorse umane necessarie ad adempiere alle attività statutarie, come previsto all'art. 15 dello Statuto dell'Ente, in armonia con la normativa nazionale e regionale.

L'attuale quadro normativo sancisce che le IPAB, fra le quali rientra anche la Fondazione Don Mozzatti d'Aprili, siano sottoposte al controllo e alla vigilanza delle Regioni che, in materia di assistenza, sono titolari di competenza legislativa esclusiva (L. Cost. 3/2001).

Nell'ambito delle proprie prerogative, la Regione Veneto ha imposto il rispetto degli standard regionali definiti con L.R. 22/2002 e con la DGR 84/2007, pena il mancato rilascio o la revoca dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale.

Le convenzioni con l'Azienda ULSS n. 9 Scaligera, attualmente competente per territorio, in merito alle prestazioni sanitarie da erogare agli ospiti non autosufficienti, redatte sulla base del nuovo schema di accordo contrattuale approvato con D.GR n. 1231 del 14/08/2018, prevedono espressamente il rispetto degli standard derivanti dai livelli autorizzativi regionali e, al loro interno, sono espressamente previsti quelli per le attività di riabilitazione, logopedia inclusa.

#### 3.1.1 i servizi erogati e i fabbisogni di personale stimati.

In riferimento all'evolversi delle esigenze connesse alla quantità e alla qualità dei servizi erogati dall'Ente, si propone di aggiornare la dotazione organica, il fabbisogno e le eccedenze, come definite con la delibera n. 16/2019 e ss.mm., per le esigenze attuali e per le intervenute o preventivabili collocazioni in quiescenza del personale dipendente.

**Le sedi e i servizi autorizzati dalla Regione Veneto sono i seguenti, distinti per ubicazione:**

- **la Sede Centrale**, in via Salvo D'Acquisto, ospita tre nuclei per anziani non autosufficienti, due di ridotta intensità e uno di media intensità (24 su 32), per un totale di 90 p.l. autorizzati, cui si aggiungono 2 p.l. per autosufficienti, ora trasformati dalla conferenza dei sindaci in posti per non



autosufficienti in iter di modifica di autorizzazione all'esercizio; nella sede è autorizzato un ambulatorio di medicina riabilitativa e vengono eseguiti prelievi per esterni. Agli OSS dipendenti dell'Ente sono affidati il servizio diurno e notturno del primo piano (30 NA), mentre alla Cooperativa affidataria dell'appalto sono dati in gestione i servizi assistenziali diurni e notturni del secondo piano (28 NA e 2 auto) e i servizi diurni del piano terra (32 NA). I servizi infermieristici diurni e notturni del piano terra e del primo piano sono affidati a personale dell'Ente, che si occupa in orario diurno anche della Comunità "Barchessa" e della Comunità "Corte Scolette" mentre i servizi infermieristici diurni del secondo piano sono affidati alla Cooperativa.

- **la Comunità Alloggio per anziani denominata "Barchessa"**, con accesso da piazza Venturi n. 26, ospita 20 anziani auto e parzialmente auto, affidati a personale OSS e infermieristico dell'Ente – nello stabile ulteriori 5 posti letto sono classificati come destinati a situazioni di disagio sociale.
- **la Comunità Alloggio per disabili denominata "Corte Scolette"** con accesso in via Vittorio Emanuele n. 2, ospita due nuclei da 10 persone ciascuno e due "gruppi appartamento" per disabili meno gravi per complessivi 12 posti potenziali (attualmente 8/9); i servizi sono affidati a personale educativo, OSS e infermieristico dell'Ente;
- **l'Ambulatorio di medicina fisica e riabilitativa** eroga servizi riabilitativi per esterni ed impegna attualmente sia fisioterapisti laureati e abilitati, assunti direttamente dall'ente che professionisti esterni;
- **il servizio prelievi** offre alla cittadinanza anziana di Monteforte la possibilità di effettuare presso il proprio Comune prelievi ematici, prenotando presso la segreteria;
- **la Casa di Riposo San Camillo de Lellis di Bolca di Vestenanova**, ospita 30 anziani non autosufficienti e 3 autosufficienti; tutti i servizi sono affidati a personale della Cooperativa affidataria dell'appalto. L'Ente cura il segretariato sociale ed il controllo. La sede eroga anche il servizio prelievi per esterni ed è in fase autorizzativa per l'ambulatorio di riabilitazione.

### **3.1.2. Il personale impiegato e le varie categorie di Accesso**

L'approvazione del nuovo CCNL delle Funzioni Locali (il cui iter è ben avviato e che dovrebbe avvenire entro fine anno) o di disposizioni circa l'assetto giuridico delle IPAB (attese in esecuzione della L.328/2000 e del D.Lgs. 207/2001), potrebbero mutare anche la previsione d'inquadramento del personale socio-sanitario, in particolare degli infermieri, attualmente in categoria C; in alcuni Enti quest'ultimi sono stati recentemente classificati in categoria D.

L'approfondimento di tale ipotesi, presuppone un'analisi di impatto di tale passaggio anche per altre figure professionali sanitarie assunte con requisiti di accesso o professionali analoghi (attualmente inquadrate in categoria C). Vanno esaminati gli outcomes in termini giuridici ed economici, oltre che di assetto organizzativo (con ricadute sull'attribuzione di responsabilità e relative indennità).

Fino a nuovi orientamenti a seguito dei necessari approfondimenti, il personale infermieristico rimane inquadrato nella categoria C.

Per quanto riguarda i futuri pensionamenti e cessazioni, si ritengono attendibili le previsioni sotto riportate fino al 2022, vista la normativa vigente.

### **Riepilogo cessazioni o dimissioni per pensionamento per categoria nel triennio (e UNITA' EQUIVALENTI)**

con gli attuali requisiti)

	teste 2021	U.E. 2021	teste 2022	U.E. 2022	teste 2023	U.E. 2023
categoria A pensionamenti	1	0,067	0	0	0	0
categoria A dimissioni						
categoria B pensionamenti	6	4,67	1	0,5		0
categoria B dimissioni	1	1,00				
categoria C pensionamenti		-		0		0
categoria C dimissioni*	2	1,50		0	1	0,5
categoria D pensionamenti		-		0		0
categoria D dimissioni		-		0		0
dirigenti (cessazione incarico)	1	1,00	1	1,00		0
<b>totale</b>	<b>11</b>	<b>7,23</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>

\*assunto e licenziato nel corso del 2021, 1 logopedista.

E' in discussione un successivo mutamento dello scenario in materia previdenziale: pertanto, viste le posizioni previdenziali dei dipendenti attualmente assunti e l'incertezza normativa, non è possibile avere contezza dei futuri requisiti e assegni pensionistici.

Gli adempimenti normativi in materia di privacy, Codice dell'Amministrazione Digitale e sicurezza informatica, e la necessità ripensamento delle modalità interne ed esterne della comunicazione dell'Ente, presuppongono vengano dedicate con maggior continuità risorse ad obiettivi che migliorino l'accessibilità e la visibilità esterna, favorendo la soddisfazione degli utenti e la cittadinanza digitale attiva.

Si fa presente che il personale che è stato assunto a tempo pieno ed ha ottenuto, a seguito di richiesta, la riduzione d'orario, secondo il CCNL vigente può, decorsi due anni dalla concessione, richiedere il reintegro a tempo pieno.

Alla data odierna risultano essere 15 i dipendenti con la tipologia di rapporto orario ridotto, dei quali 7 in categoria C e i rimanenti in categoria B.

La maggior parte di tale personale ha ottenuto la riduzione di orario nell'ultimo biennio.

Visto il DL 80/2021, modificativo dell'articolo 7 comma 3 del d.lgs. 165/2001, si dichiarano infungibili le posizioni di O.S.S. e infermieri a tempo indeterminato.

**PERSONALE AUSILIARIO, inquadrato in categoria A**

Dalla fine degli anni '80 ad oggi l'Ente ha impegnato personale ausiliario (una unità a tempo pieno, tutte le altre a tempo parziale) nei servizi di pulizie, guardaroba e lavanderia e, per dei periodi, nel servizio di lavaggio pentole in cucina.

Nel tempo i servizi sopra citati sono stati progressivamente esternalizzati, eccetto che il servizio pulizie della Comunità alloggio per disabili Corte Scolette ed il servizio ausiliario alberghiero e di pulizie presso la Comunità alloggio per anziani "Barchessa": in quella sede rimane un'unità di personale part-time al 50%

Il personale che progressivamente è cessato, con diritto a pensione, non è stato sostituito.

Nel triennio l'unica cessazione(per dimissioni con diritto a pensione) in tale categoria è prevista nel 2021 per un'unità part-time al 66,67% a tempo indeterminato, presso la Comunità alloggio per Anziani Barchessa.

In coerenza con la scelta dell'Ente e per dare continuità fino a completezza a quest'ultima, si ritiene che il personale dipendente del servizio pulizie, già quasi completamente svolto da ditta esterna, non debba essere sostituito. Si ritiene quindi opportuno procedere con un leggero ampliamento del contratto in essere.

#### **PERSONALE OSS e altro impiegato in cucina, e servizio manutentivo - inquadrato in categoria B**

##### **OSS**

Nel corso del 2021 avverranno complessivamente 6 cessazioni a tempo indeterminato di personale con la qualifica di O.S.S. (di cui una per assunzione presso Ulss 9), per un fabbisogno, ricondotto a unità, di 4,667 unità effettive.

Nel 2021 sono state accolte le domande di passaggio a tempo pieno di personale a tempo parziale di tre dipendenti che avevano presentato richiesta, aumentando la forza lavoro per 1,33 unità effettive.

Sono state accolte anche le domande di tre OSS di riduzione di orario per motivi personali o di salute, con un decremento di forza lavoro di 1,50 unità effettive.

Nel tempo si è proceduto a una riorganizzazione dei servizi che ha ottimizzato l'utilizzo di personale di assistenza.

Pertanto, nei turni di assistenza elaborati attualmente il fabbisogno di O.S.S. è, ridimensionato: tali risorse possono essere indirizzate per l'incremento della presenza della figura di educatore presso l'Ente, per i servizi di Comunità alloggio per disabili di Corte Scolette e per anziani autosufficienti della Barchessa.

Considerato che la graduatoria per addetto all'assistenza/OSS è stata dichiarata esaurita con determina n. 10 del 12/02/2021, si deve procedere a bandire un concorso per un posto a tempo pieno e un altro per tre posti a tempo parziale e indeterminato, personale che opererà nei turni ordinari di assistenza ad anziani non autosufficienti che si svolgono sulle 24 ore.

Nel frattempo si sta ricorrendo all'utilizzo di lavoro somministrato, tramite agenzia interinale: sono ora presenti in Fondazione 3 unità, due a tempo pieno (una per supplenza di una maternità) ed una a tempo parziale misto al 50%. per le necessità assistenziali e per le sostituzioni delle ferie estive.

Per quanto riguarda le figure di O.S.S. referenti di nucleo, si prosegue la sperimentazione, utilizzando risorse interne incaricate temporaneamente, rinviando ai prossimi piani del fabbisogno la valutazione dei requisiti professionali delle figure di coordinamento dei nuclei e dell'assetto organizzativo: per il momento, rimane vacante un posto nella dotazione organica.

Rispetto al precedente PTFP, con riorganizzazione interna, sono presenti una O.S.S. part-time a 24 ore, con funzioni di referente, presso la Comunità Alloggio per disabili Corte Scolette e un'altra a tempo pieno presso la Comunità alloggio per anziani, incaricate temporaneamente con determina dirigenziale.

Nel 2022 ci sarà un'unica cessazione di un'O.S.S. part-time al 50%, assegnato a supporto del servizio infermieristico, per raggiungimento dei requisiti per la pensione di vecchiaia.

Nel 2023 non sono previste cessazioni per pensionamenti, salvo eventuale rideterminazione di provvedimenti di ricongiunzione.

### ***Servizi assistenziali affidati a Cooperativa nei nuclei Piano terra, secondo Piano e presso la Casa S.***

#### ***Camillo di Bolca:***

L'appalto scade il 31.01.2023 ed è rinnovabile per ulteriori tre anni, pertanto, il Consiglio di Amministrazione a tempo debito, valuterà la prosecuzione dell'esternalizzazione dei servizi con rinnovo o con nuova procedura. Eventuali modifiche di assetto avrebbero quindi incidenza sull'attuale piano triennale.

#### ***Servizio Manutenzioni***

E' prevedibile inoltre la cessazione di un manutentore al 31/12/2021, attualmente inquadrato in categoria B. In tal caso l'unità mancante va reintegrata con concorso.

I requisiti che deve avere sono di tipo tecnico con una formazione scolastica anche professionale di almeno tre anni nelle discipline meccaniche/idrauliche e quindi con inquadramento in categoria B3.

Nelle more della formalizzazione della cessazione è opportuno comunque dar seguito immediato alle procedure concorsuali o comunque la parte delle stesse che è tecnicamente fattibile, per non lasciare sguarnito il servizio.

#### ***Servizio cucina***

#### ***Esecutori di cucina inquadrati in categoria B.***

Richiamati i contenuti della declaratoria delle mansioni di cui al sistema di classificazione del personale degli Enti Locali del 31/03/1999, preso atto della categoria di accesso e dell'inquadramento, delle effettive mansioni e della qualifica di cuoco posseduta da tutto il personale di cucina, si ritiene opportuno effettuare la modifica dell'attuale nomenclatura di "aiuto cuoco", dichiarando per tutto il personale già assunto in cucina come aiuto cuoco, la qualifica di esecutore di cucina/cuoco, con categoria di accesso B1.

#### ***Attuale assetto e fabbisogno***

Vista la determina n. 89/2021, attualmente la situazione del personale assunto direttamente è la seguente:

- 1 esecutore di cucina/cuoco a tempo pieno, categoria B
- 1 istruttore tecnico a tempo pieno categoria C

- 1 esecutore di cucina/cuoco a tempo pieno, categoria B, con assegnazione di mansioni di responsabile in attesa dell'espletamento di un concorso per responsabile di cucina (cat. C).

Dopo la sperimentazione avviata da tempo, si deve valutare l'acquisizione diretta di esecutori di cucina/cuochi tramite concorso, oltre a quelli già assunti direttamente. La cucina è ancora in una fase di evoluzione organizzativa, avendo da poco nominato un responsabile in via temporanea affidando ad un esecutore l'incarico con il riconoscimento di mansioni superiori. Per poter fare una previsione attendibile sarà opportuno un assestamento dell'intera organizzazione del servizio.

Visto l'assetto e approfondita la tematica con il coordinatore dei servizi, si ritiene necessario avviare le seguenti procedure selettive:

- Concorso per un posto di istruttore tecnico/responsabile servizio cucina, categoria C1 a tempo pieno ed indeterminato;
- Concorso per un posto a tempo pieno ed indeterminato, con graduatoria per attingere ad eventuali altri posti, di esecutore tecnico/cuoco per esami, categoria B1.
- Ricorso ad agenzia per il lavoro o ad altre forme di flessibilità, per quanto concerne il completamento del monte ore che sarà definito a seguito del completamento dell'assetto organizzativo.

Considerato che la graduatoria sarà valida per due anni, sarà definita in un momento successivo la dotazione definitiva per eliminare o almeno ridurre il ricorso alle forme flessibili.

#### ***PERSONALE INFERMIERISTICO, inquadrato in categoria C-***

Il concorso per infermieri svolto a maggio del corrente anno, ha prodotto una graduatoria approvata con 2 soli candidati presenti (su quattro) e due idonei: la vincitrice ha rinunciato all'assunzione a causa di chiamata a tempo indeterminato presso l'Azienda Ulss 9 Scaligera e l'altra candidata si è dimessa dopo 17 giorni di servizio, assunta presso l'Azienda Ospedaliera di Verona.

Si intende procedere a reiterare il procedimento di approvazione del bando di concorso, considerato che in assenza di graduatorie, non si riesce a rintracciare personale disponibile, nemmeno facendo ricorso a lavoro somministrato.

Vista la carenza di infermieri disponibili all'assunzione nelle Case di Riposo, è possibile che anche questo concorso si concluda ancora una volta con una graduatoria "corta", o senza assunzioni o senza graduatoria.

Dopo discussione e condivisione con il Consiglio di Amministrazione, si sono attivati vari procedimenti per garantire l'assistenza infermieristica: un accordo con la Cooperativa Promozione Lavoro, un accordo con la cooperativa La Sfera Onlus, convenzione con l'Azienda ULSS 9 scaligera per il distacco di personale infermieristico, come relazionato al Consiglio di Amministrazione: vista l'emergenza, potrebbe essere necessario reiterare tali provvedimenti.

Il fabbisogno di infermieri già dichiarato per l'anno corrente per il 2021 nel precedente PFTP, viene incrementato a due unità a tempo pieno.

#### ***Servizi infermieristici esternalizzati a cooperativa:***

Attualmente sono impegnati infermieri dipendenti da Cooperativa sia nella Sede di Monteforte che nella Sede di Bolca: si rimanda a quanto previsto dal capitolato di gara per l'acquisizione dei "servizi sanitari, socio-assistenziali e di pulizie ambientali", con le modifiche sopra riportate per il servizio infermieristico, a seguito dell'accordo del 6 dicembre 2019 tra Ente e Cooperativa aggiudicataria, e successivi, a far data dal 01.02.20.

***PERSONALE EDUCATIVO, inquadrato in categoria C e D.***

Oltre alle attuali Educatrici professionali, con titolo regolarmente riconosciuto e iscritte all'Albo professionale, dipendenti a tempo pieno e indeterminato dell'Ente presso la Sede Centrale, si conferma la necessità di assumere due educatori professionali con i medesimi requisiti professionali, incrementando la precedente previsione di fabbisogno espressa nella delibera 16/2019, da 24 ore settimanali a 36.

Secondo l'allegato A alla Dgr n. 84 del 16 gennaio 2007, gli standard applicabili comportano per la Comunità alloggio Corte Scolette il calcolo di due unità a tempo pieno di educatore a tempo pieno.

Fino al 31/12/2022 c'è la necessità di supplire un'unità a tempo pieno e determinato: successivamente, si valuterà di utilizzare la graduatoria per reiterare incarichi a tempo determinato o procedere ad assumere a tempo indeterminato una seconda unità.

Entro il 31/12/2022 si dovrà inoltre valutare il mantenimento per gli anni successivi della figura di Educatore Responsabile, attualmente inquadrato in categoria D2.

L'"eccedenza" per l'Ente (in termini complessivi, in base agli standard) di mezza unità di educatore per i servizi gestiti direttamente, viene destinata a progetti di attività per la Comunità alloggio per autosufficienti della Barchessa: la figura di educatore è prevista per la tipologia di servizio, in base all'allegato B della Dgr 84/2007.

Nell'attesa che si avvii il procedimento per un concorso per un posto di educatore professionale, per un posto a tempo pieno e indeterminato, (con ulteriore assunzione a tempo determinato di un'unità fino al 31/12/2022, attingendo dalla graduatoria o facendo ricorso ad'agenzia interinale), sono presenti due unità di educatore, una a tempo pieno e una a tempo parziale, inviate da agenzia interinale a tempo determinato.

***FISIOTERAPISTI inquadrati in categoria C.***

Da convenzione con l'ULSS (e da standard) deve essere garantita la presenza per la riabilitazione a favore degli ospiti non autosufficienti, in misura di un fisioterapista ogni 60 ospiti.

E' attivo inoltre un ambulatorio di medicina fisica e riabilitativa aperta alla cittadinanza adulta della Valdalpone che attualmente eroga prestazioni di fisioterapia.

I terapisti presenti sono (a tempo indeterminato) un'unità al 50%, una al 66,67, due a tempo pieno e un'unità in libera professione.

Un fisioterapista part-time al 50% attualmente è in aspettativa per motivi di studio, presumibilmente fino al 30/11/2021 e, pertanto, si è provveduto alla sostituzione tramite agenzia interinale.

Per le ulteriori necessità dell'ambulatorio di medicina fisica e riabilitativa si dovrà valutare il fabbisogno di personale e gli strumenti opportuni a seconda delle richieste di prestazioni da esterni (incarichi professionali o assunzioni temporanee).

#### ***Servizi di Fisioterapia Esternalizzati:***

E' presente una unità a tempo parziale presso la Sede della Casa S. Camillo affidata alla Casa di riposo San Camillo per la gestione. Per il calcolo delle ore di servizio e per le relative unità equivalenti si rimanda a quanto previsto dal capitolato di gara per l'acquisizione dei "servizi sanitari, socio-assistenziali e di pulizie ambientali?".

#### ***LOGOPEDISTA inquadrata in categoria C.***

Le assunzioni a tempo determinato sono avvenute, dal 2019, attingendo, a seguito ad accordo, ad una graduatoria a tempo indeterminato dell'Istituto Assistenza Anziani, che scadrà ad ottobre del 2021. Purtroppo nessuno dei logopedisti inseriti nella graduatoria è attualmente disponibile a prestare il suo servizio, in quanto l'offerta di logopedisti per le strutture per anziani è inferiore alla domanda. Sono state effettuate ricerche, contattando i laureati del 2020 e 2021 scorrendo l'elenco inviato dall'Università di Verona, ma finora nessuno si è dichiarato disponibile, malgrado l'offerta di assunzione a tempo determinato al 50% (18 ore settimanali) tramite agenzia, in attesa di poter tornare a utilizzare la graduatoria dell'Istituto Assistenza Anziani e/o di bandire un procedimento per assunzione a tempo determinato.

#### ***PERSONALE AMMINISTRATIVO, CATEGORIE B3, C, D e DIRIGENZIALE***

L'attuale assetto del servizio amministrativo prevede le seguenti figure:

- Un'unità di Segretario Direttore incaricato fino al 31/01/2022 (qualifica dirigenziale)
- Un'unità di istruttore direttivo per l'Ufficio Personale, cat. D1 a tempo pieno e indeterminato
- Un'unità di istruttore direttivo per l'Ufficio Ragioneria, rette ed economale, cat. D1, a tempo pieno e indeterminato
- Un'unità di istruttore amministrativo ragioniere, cat. C, C4 economica, a tempo pieno e indeterminato
- Un applicato amministrativo, cat. B3, B4 economica, a tempo pieno e indeterminato, assegnato all'Ufficio Segreteria e reception;
- Un istruttore Direttivo con mansioni di responsabile ufficio acquisti, manutenzioni, sicurezza e qualità, categoria D, D3, è attualmente in aspettativa, in quanto incaricato come direttore presso l'Ente, fino al 31/01/2022. Nel frattempo i compiti del ruolo sono svolti ad interim dal medesimo soggetto.

A seguito della emergenza pandemica e del subentrare di prescrizioni, un applicato amministrativo, precedentemente incaricato responsabile dei magazzini, è stato impiegato come supporto al servizio tamponi con la processazione e la registrazione, al servizio Economale, con il controllo delle fatture, e al servizio personale per il controllo giornaliero delle anomalie dei cartellini. Tale ultimo carico è perlopiù temporaneo e sarà da rivalutare dopo aver completato l'implementazione del portale Personale già acquisito. Tale progetto, comporterà un risparmio di risorse nella gestione dei turni e rilevazione delle presenze/assenze. E' in fase di implementazione una stretta collaborazione di detto applicato amministrativo con il coordinatore dei servizi per la gestione turni/cartellini

L'adeguamento del sistema informatico alle prescrizioni in fatto di privacy, sicurezza informatica e al Codice dell'Amministrazione digitale, oltre che alla necessità di rendere funzionale il sistema di controllo dei pagamenti, ha richiesto e richiederà la presenza di un istruttore amministrativo a tempo determinato, assunto tramite agenzia interinale o con selezione a tempo determinato: è inderogabile la prosecuzione dell'azione di addestramento e informatizzazione, per ottimizzare le risorse e la protezione dei dati in gestione.

Entro la fine del 2021 si dovrà avviare e portare a compimento un procedimento per reperire la figura di Segretario Direttore (attualmente incaricato fino al 31/01/2022) con le forme previste dalla normativa.

E' in atto una revisione dell'organizzazione del comparto amministrativo e quindi eventuali variazioni all'assetto attuale saranno oggetto di prossima approvazione.

#### ***PSICOLOGO, precedentemente assunto a tempo determinato e parziale in categoria D .***

Il servizio di assistenza psicologica è stato affidato a libero professionista tramite incarico/progetto specifico, fino 31/7/2023. Si rimanda quindi qualsiasi valutazione al momento opportuno anche in base all'andamento della pandemia in corso e al bilanciamento degli standard con altre figure.

#### ***ASSISTENTE SOCIALE , categoria D***

Attualmente è presente una unità a tempo pieno di assistente sociale in categoria D. Presso la Sede di Bolca è attualmente attivo un servizio di segretariato sociale che si ritiene di proseguire.

#### **RIEPILOGO DEI PROCEDIMENTI DI ACQUISIZIONE DIRETTA DI PERSONALE NEL TRIENNIO**

<b>N.</b>	<b>Profilo</b>			
<b>TESTE</b>	<b>professionale</b>	<b>Cat.</b>	<b>Modalità di copertura posto</b>	<b>Anno</b>
1	O.S.S. a tempo pieno e indeterminato	B1	CONCORSO PER ESAMI	2021
3	O.S.S. a tempo parziale al 50% e indeterminato	B1	CONCORSO PER ESAMI	2021
2	INFERMIERE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO	C1	CONCORSO PER ESAMI	2021
1	EDUCATORE PROFESSIONALE A TEMPO PIENO E DETERMINATO	C1	CONCORSO PER ESAMI	2021
1	EDUCATORE PROFESSIONALE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO	C1	UTILIZZO GRADUATORIA TEMPO INDETERMINATO	2021/2022
1	ISTRUTTORE TECNICO/RESPONSABILE CUCINA	C1	CONCORSO PER ESAMI	2021/2022
1	DIRIGENTE/SEGRETARIO DIRETTORE	DIRIGENTE	SELEZIONE A SEGUITO AVVISO PUBBLICO	2021
1	ESECUTORE CUCINA/CUOCO TEMPO PIENO ED INDETERMINATO	B1	CONCORSO PER ESAMI	2021
1	MANUTENTORE TEMPO PIENO E INDETERMINATO	B3	CONCORSO PER ESAMI	2021



1	LOGOPEDISTA PART-TIME 50% TEMPO DETERMINATO	C1	UTILIZZO CONDIVISA TEMPO DETERMINATO(	GRADUATORIA (2021) AVVISO (2023)	2022/2023
---	--	----	---	--	-----------

### 3.1.3 ricorso al lavoro flessibile

Il ricorso al lavoro a tempo determinato o tramite contratto di somministrazione è previsto per le seguenti tipologie di servizi / obiettivi:

- Specifici progetti, anche in adempimento di normativa vigente
- Figure professionali non previste da standard regionali
- Carenze temporanee dovute a malattie/maternità/infortuni a cui non si riesce a far fronte con graduatorie approvate
- Definizione assetto organizzativo
- Altre esigenze di flessibilità

INCARICHI PROFESSIONALI, consulenze e formazione.

L'Ente può ricorrere all'acquisizione sul mercato di servizi formativi, amministrativi, legali, alberghieri, di cura alla persona o sanitari specifici non previsti da standard, ma necessari per il funzionamento della struttura ed il benessere degli ospiti per i quali il numero di ore non può comportare l'inserimento nella dotazione organica (ad esempio, la figura del podologo o la direzione sanitaria degli ambulatori di medicina fisica e riabilitativa delle sedi di Monteforte e Bolca).

Per queste tipologie di servizi, si rinvia a specifici provvedimenti.

### 3.1.4. Aggiornamento 2022

- Aggiungere una figura p.t. al 50% di manutentore;
- Procedere con il concorso per l'assunzione di un operatore di cucina come previsto originariamente del piano e poi sospeso con delibera del CDA n. 27/2022;
- Di acquisire una unità infermieristica scorrendo la graduatoria, essendo venuta meno una ulteriore unità di Infermiere Generico dal prossimo Agosto 2022;
- Di confermare l'autorizzazione al Segretario Direttore a far ricorso, se necessario, a forme di acquisizione temporanea di servizi infermieristici attraverso il tempo determinato, l'agenzia per il lavoro, le cooperative, in libera professione o altre forme utili ad affrontare l'emergenza;
- Acquisizione di una unità OSS a seguito di prossimo pensionamento;
- Eventuale ricorso alla procedura di mobilità in caso di necessità.

## 3.2 Piano per il lavoro agile

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

### Lavoro Agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016, facendo riferimento a concetti più ampi, lo definisce in modo molto chiaro come *"un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione"*. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale *"modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti"*. Nel presente documento si fa riferimento alle nuove disposizioni in materia di lavoro agile in vigore a decorrere dal 19 luglio 2020, previste dall'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34.

I principi del lavoro agile Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino". Ciò a significare la collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro

- Responsabilizzazione sui risultati
- Benessere del lavoratore
- Utilità per l'amministrazione
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive
- Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile. Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ma ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno. È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge anche dalla disposizione normativa che per prima lo ha introdotto nel nostro ordinamento.

Ancor prima di entrare nel merito del rapporto tra performance e lavoro agile, appare utile chiarire che la revisione organizzativa sottesa alla sua introduzione impone una riflessione circa l'adeguatezza complessiva del Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP). È, infatti, presumibile che il SMVP debba essere aggiornato in coerenza con la nuova organizzazione del lavoro che l'amministrazione ha adottato. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale. Non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti agiti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono fare riferimento alle Linee Guida 1/2017 e 2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica ed essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione.

## **II POLA**

In sede di prima applicazione, il POLA dovrà, essere inserito come **sezione del Piano della performance 2021-2023** da adottare e pubblicare entro il 31 gennaio 2021.

A regime, il POLA costituirà una **sezione del Piano della performance**, da adottare e pubblicare entro il 31 gennaio di ogni anno, da aggiornare secondo una logica di scorrimento programmatico (es. nel PdP 2022-2024, si aggiorneranno, ove necessario, gli anni 2022 e 2023 del POLA e si programmerà ex novo l'anno 2024).

**In ragione delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti, gli Enti locali si adeguano agli indirizzi generali contenuti nelle linee guida e declinano i contenuti specifici del POLA compatibilmente con le loro caratteristiche e dimensioni.**

Si tratta, quindi, di un documento di programmazione organizzativa adottato dall'amministrazione, sentite le organizzazioni sindacali, all'interno del quale l'amministrazione riporta i seguenti contenuti minimi:

**I) Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile** (*da dove si parte?*)

**II) Modalità attuative** (*come attuare il lavoro agile?*)

**III) Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile** (*chi fa, che cosa, quando e come per attuare e sviluppare il lavoro agile?*)

**IV) Programma di sviluppo del lavoro agile** (*come sviluppare il lavoro agile?*)

### **Le criticità per i piccoli Enti**

Considerata la palese generale difficoltà a praticare il percorso di redazione, e poi di gestione, del POLA da parte dei piccoli Enti, si dovrà tener presente la raccomandazione presente nelle Linee Guida: *'In ragione delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti, gli Enti locali si adeguano agli indirizzi generali contenuti nel presente documento e declinano i contenuti specifici del POLA compatibilmente con le loro caratteristiche e dimensioni'* Oltretutto una delle principali prescrizioni previste dalla normativa che istituisce il POLA, ovvero l'invarianza finanziaria: *'Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica'* (art.263, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34).

Per fortuna prevale il buon senso e l'indicazione è quella di utilizzare una scansione temporale diversa: *'In ragione delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti, gli Enti locali si adeguano agli indirizzi generali contenuti nel presente documento e declinano i contenuti specifici del POLA compatibilmente con le loro caratteristiche e dimensioni.*

### **La Fondazione don Mozzatti d'Aprili – IPAB**

#### **I) Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile**

La Fondazione don Mozzatti d'Aprili è una IPAB impegnata sul fronte dell'erogazione di servizi perlopiù residenziali ad anziani e disabili.

Detto ciò, visto che il focus dell'attività è l'assistenza diretta alle persone, va da se che il concetto di lavoro agile sia da relativizzare all'effettiva possibilità di praticarlo.

Per cercare di mettere in pratica quelli che sono i principi della norma bisogna prima partire da alcuni dati:

- circa il 50% dell'assistenza è affidata a cooperative di servizi;
- circa il 90% dei servizi di pulizia e guardaroba è affidata a ditte esterne;
- circa l'80% del personale dipendente è turnista;
- il personale addetto all'assistenza diretta che rappresenta circa il 60%, lavora su turni e su piani di lavoro;
- il personale dipendente con qualifica amministrativa è di 5 unità;
- la segreteria è aperta al pubblico per prenotazioni di fisioterapia e prelievi ematici.

Visto quanto sopra è da evidenziare che il concetto di lavoro agile applicato al nostro Ente al momento si potrà solo limitare ad alcuni principi.

#### **Fotografia dello stato attuale e sviluppi prevedibili:**

- **Flessibilità dei modelli organizzativi** – In un sistema di lavoro per turni il concetto di flessibilità è declinato sulla possibilità data al lavoratore di fare richieste pre elaborazione o post elaborazione del turno per soddisfare esigenze personali. Questo è ampiamente garantito nei limiti imposti dalla norma e dalla fattibilità reale di quanto richiesto. Per il poco personale non turnista, in particolare amministrativo, è garantita la flessibilità necessaria. Su questo punto ci possono essere margini di miglioramento, per rendere ancora più agile tale processo. La conciliazione vita privata lavoro è tema affrontato anche con il piano delle azioni positive approvato nell'Ente.
- **Autonomia nell'organizzazione del lavoro.** Punto strettamente collegato al precedente. Alle figure professionali singole (educatori, fisioterapisti, assistente sociale, logopedista etc..) e al personale amministrativo, è garantita ampia autonomia nella organizzazione del proprio lavoro. I gruppi di lavoro che lavorano perlopiù su turni (infermieri, assistenza, cucina, pulizie etc..) hanno pochi margini di discrezionalità in quanto operano con specifici piani di lavoro.
- **Responsabilizzazione sui risultati.** Dal 2020 è stato introdotto un sistema di misurazione della performance, sicuramente perfettibile e quindi anche qui ci sono ancora margini di manovra per migliorare il sistema.
- **Benessere del lavoratore.** E' una priorità dell'amministrazione da perseguire con tutti i sistemi. In tal senso si richiama ancora il piano delle azioni positive. Anche in questo caso i margini per un miglioramento esistono.
- **Utilità per l'amministrazione.** Il lavoro agile, se adattato in maniera critica e intelligente alla realtà del singolo Ente, può essere uno strumento di indubbia utilità per l'amministrazione.
- **Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile.** Già da qualche anno è stata introdotta la cartella sanitaria digitalizzata che ha portato a notevoli progressi. Nell'ultimo anno la cartella è stata estesa a tutte sedi dell'Ente. Oltre a questo, sempre nell'ultimo anno, si è data una spinta propulsiva all'informatizzazione in cucina. Sempre nell'ultimo anno, sul versante amministrativo, è stata spinta l'informatizzazione nella gestione del personale con l'introduzione di un nuovo portale. Dal punto di vista della gestione contabile, sempre nell'ultimo anno, sono stati svolti grandi passi sul versante pagamenti e incassi, ora tutti elettronici e sul versante della spedizione delle fatture che da completamente cartacea/postale oggi è quasi completamente a mezzo mail.

Per quanto concerne la possibilità di lavorare anche da casa con il telelavoro, questa è stata sperimentata durante la pandemia. E' da sottolineare che tale possibilità è potenzialmente fruibile, per il tipo di mansione da svolgere, solo da appena tre dipendenti di ruolo amministrativo in tutto l'Ente. Dopo la sperimentazione si è capito che tale strumento è da utilizzare solo come "soccorso" e non in via ordinaria. Gli interessati abitano nella stessa zona che non è servita da fibra, le abitazioni degli stessi sono a due/tre km dalla sede di lavoro, il parcheggio è agevole e tutti usufruiscono di ufficio singolo. Molto frequente in ogni sessione di lavoro è la necessità di interscambio e confronto tra le tre figure. Nel bilanciamento delle condizioni di lavoro delle due soluzioni non è sempre scontato che il lavoro da casa sia più "agile".

**Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.**  
Anche questo è un aspetto importante che merita di essere sviluppato e può dare soddisfazioni.

**Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.** Dal punto di vista della programmazione degli obiettivi è da sottolineare che l'Ente è dotato di piano della performance e di obiettivi annuali che vanno coordinati e monitorati. E' comunque un aspetto che merita di essere sviluppato e può dare soddisfazioni.

**Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".** Quest'ultimo aspetto è una logica conseguenza della "corretta" ed "adeguata" adozione dei punti precedenti.

### **Considerazioni finali.**

Nei limiti delle possibilità date dall'andamento pandemico, e dalle priorità dell'Ente e del CDA, che sono orientate al benessere dell'ospite si potranno individuare delle strategie per far crescere i punti per i quali sono stati individuati dei margini.

### **3.3 Piano delle azioni positive.**

#### **Quadro normativo**

Il piano triennale delle azioni positive è previsto dall'art. 48 del Dlgs 198/2006 "Codice delle pari opportunità", con la finalità di assicurare *"la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne"*. La direttiva ministeriale 23 maggio 2007 (Ministro per le riforme e le innovazioni nella P.A. e Ministra per i diritti e le pari opportunità) prevede le *"Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche."*

La materia era tuttavia già disciplinata dai contratti collettivi nazionali del comparto pubblico, in particolare l'art. 19 del CCNL Regioni e autonomie locali 14/09/2000 prevedeva la costituzione del Comitato pari opportunità e interventi che si concretizzassero in "azioni positive" a favore delle lavoratrici. L'art. 8 del CCNL Regioni e autonomie locali 22/01/2004 prevedeva invece la costituzione del comitato paritetico sul fenomeno del *mobbing*.

Il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 ha modificato l'art. 6 del D.lgs. 81/2008 che disciplina la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi quello derivante da stress lavoro-correlato che, pur avendo una matrice individuale, in quanto dipende dalla capacità delle singole persone di far fronte agli stimoli prodotti dal lavoro e alle eventuali forme di disagio che ne derivano, è legato principalmente a:

- chiarezza e condivisione degli obiettivi del lavoro;
- valorizzazione ed ascolto delle persone;
- attenzione ai flussi informativi;
- relazioni interpersonali e riduzione della conflittualità;
- operatività e chiarezza dei ruoli;
- equità nelle regole e nei giudizi;

L'art. 21 della Legge 183/2010 ha apportato importanti modifiche al D. Lgs. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" in particolare all'art. 7 prevedendo che *"Le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno»* e all'art. 57 con la previsione della costituzione del CUG "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del *mobbing*.

In quest'ottica è opportuno, come indicato nella Direttiva 4 marzo 2011 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione e il Ministro per le pari opportunità *"l'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta, che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria: età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza"*.

#### **La situazione presso la Fondazione don Mozzatti d'Aprili.**

A fronte di una continua ridefinizione delle strutture organizzative e del contesto normativo di riferimento, oltre che della sempre più pressante richiesta di servizi di qualità da parte dell'ULSS competente per territorio e degli utenti, il personale dipendente dell'Ente si è progressivamente invecchiato.

In questo contesto la valorizzazione delle persone è un elemento fondamentale che richiede politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane coerenti con gli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi resi all'utente anziano, in regime di residenzialità, o che fruisce dei servizi della Struttura pur essendo ancora presso il proprio domicilio.

Come riportato nella Direttiva sopra citata *"un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è elemento imprescindibile per ottenere un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività sia di appartenenza"*.

L'impegno dell'Ente è costantemente orientato in questa direzione; in particolare:

- a rilevare annualmente il rischio da stress lavoro-correlato, compresa la verifica della presenza della sindrome del burn-out, con l'adozione di specifici "fattori sentinella";
- a favorire soluzioni per conciliare i tempi di lavoro e le esigenze familiari;
- a promuovere la formazione dei dipendenti con partecipazione a corsi sia esterni che residenziali, prevedendo anche frequenti momenti di formazione interna, anche attraverso delle periodiche riunioni.

#### **Obiettivi Generali del Piano**

L'IPAB Fondazione don Mozzatti d'Aprili nella definizione degli obiettivi si ispira ai seguenti **principi**:

1. Pari opportunità come condizione di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
2. Azioni positive come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità;
3. Garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, caratterizzato da relazioni interpersonali improntate al rispetto della persona ed alla correttezza dei comportamenti.

### **Specificità delle azioni positive**

Dall'analisi della situazione lavorativa esistente presso l'Ente, si evidenziano le n. 8 Azioni Positive riconducibili ai diversi obiettivi evidenziati nella premessa e che allo stato attuale rispondono alle esigenze del gruppo di lavoro di questa IPAB:

1. Garanzia, come valore fondamentale da tutelare, del benessere psicologico dei lavoratori, assicurando condizioni di lavoro prive di comportamenti molesti e mobbizzanti;
2. Cultura della gestione delle risorse umane improntata a favorire le pari opportunità nello sviluppo della crescita professionale del proprio personale e a considerare le condizioni specifiche di uomini e donne;
3. Rimozione degli ostacoli che impediscono di fatto la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro tra uomini e donne;
4. Offerta di opportunità di formazione e di esperienze professionali e percorsi di carriera per riequilibrare eventuali significativi squilibri di genere (ma non solo) nelle posizioni lavorative;
5. Attuazione di politiche di conciliazione dei tempi e delle responsabilità professionali e familiari;
6. Sviluppo di criteri di valorizzazione delle differenze di genere all'interno dell'organizzazione;
7. Monitoraggio e costante analisi delle richieste/concessioni di variazione di orario/permessi e aspettative varie;
8. Accrescimento della formazione dei dipendenti sui temi di propria competenza con autoformazione individuale o di gruppo, con supporti cartacei e/o informatici o partecipazione a eventi formativi.

### **3.4 Piano Formazione**

L'IPAB Fondazione Don Mozzatti d'Aprili, in conformità con quanto disposto dalla normativa vigente, in tema di programmazione dell'attività formativa per il personale dipendente degli Enti Locali, propone il Piano di Formazione, con valenza annuale 2020-2021. Il fabbisogno formativo è stato stimato facendo riferimento a quanto suggerito dalla più recente normativa in tema di:

- aggiornamento e gestione delle prestazioni precisate con la Carta dei Servizi
- collegamento tra la Carta dei Servizi e il Sistema Qualità sia ai fini dell'Accreditamento regionale, sia ai fini della programmata Certificazione ISO 9001:2015
- applicazione e verifica dei Sistemi di Controllo Interno, collegati anche al Sistema Qualità



- attenzione al “benessere organizzativo” e allo “stress lavoro correlato” dei dipendenti ed al grado di soddisfazione dei clienti, come da specifiche normative nazionali e regionali
- Educazione Continua in Medicina, per le figure professionali sanitarie, e aggiornamento obbligatorio previsto dagli specifici Albi professionali a valenza sanitaria
- adempimenti formativi connessi all’applicazione del DLgs 81/2008, in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro, comprensiva della padronanza della lingua italiana per i non madrelingua
- adempimenti formativi connessi all’applicazione della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, in tema di trasparenza e di integrità
- adempimenti formativi connessi all’applicazione del nuovo Regolamento UE 2016/679, in tema di privacy e di trattamento dei dati personali
- rischio clinico, sicurezza del cliente e gestione dell’errore.

Il presente Piano illustra l’approccio metodologico che si adotta per la definizione delle azioni formative, orientandolo a perseguire con coerenza e congruenza le varie fasi del processo formativo. Sinteticamente esso è rappresentato da 4 fasi logiche: l’analisi dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la realizzazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

La formazione continua ha un significato generale di acquisizione di conoscenze e di continuo rimodellamento della cultura dell’individuo in rapporto alla professione, soddisfacendo la necessità di adeguare e modificare costantemente le capacità professionali, organizzative e relazionali che si dimostrino utili di fronte al rapido progresso delle conoscenze e del sistema tecnologico ed alla evoluzione della domanda/bisogno di servizi da parte dei cittadini clienti.

Il Programma della formazione è stato predisposto sulla base di un’analisi dei fabbisogni formativi degli Operatori, tenendo conto della normativa in vigore, delle direttive in materia di formazione del personale negli Enti Locali e di quanto espresso dai lavoratori stessi; contiene gli obiettivi formativi e l’elenco delle attività da realizzare nel biennio 2020-2021, nell’ottica della qualità e della qualificazione dei servizi offerti e del miglioramento continuo.

Destinatari delle attività formative sono tutti i dipendenti, ma anche i collaboratori dell’Ente in regime di somministrazione, sia in altro modo coinvolti, anche a titolo di volontariato.

Al fine di assicurare una mirata formazione complessiva, si provvederà a coinvolgere tutto il personale in servizio, prevedendo la partecipazione di ciascuna figura professionale alle tipologie formative che l’Ente ritiene pertinenti e necessarie per il relativo profilo, assicurando nel contempo un costante aggiornamento del libretto formativo di ciascuno.

## **OBIETTIVI DELLA FORMAZIONE**

Il presente Piano di Formazione ha come obiettivo generale la ricerca del soddisfacimento del cliente, attraverso l’erogazione di servizi socio-assistenziali coerenti con le norme vigenti, ma anche con le aspettative realistiche dei soggetti fruitori.

### **Sintesi degli Obiettivi formativi:**

- Favorire lo sviluppo professionale e di carriera, nonché orientare i comportamenti necessari al raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascun Nucleo o Servizio;
- Sviluppare abilità finalizzate all’aggiornamento continuo delle proprie competenze, attraverso l’utilizzo corretto delle risorse e delle informazioni disponibili;
- Acquisire conoscenze che permettano di definire modalità di servizio efficaci, appropriate ed efficienti;
- Favorire il confronto tra i diversi operatori, anche provenienti da Strutture diverse, per individuare modalità appropriate per gestire adeguatamente le varie situazioni di servizio;
- Promuovere la ricerca di modalità di lavoro in team multiprofessionale, come modalità più adeguata, sia per far fronte agli imprevisti, sia per favorire l’integrazione e la collaborazione;

- Fornire conoscenze e strumenti per essere in grado di gestire le dinamiche relazionali all'interno di situazioni conflittuali, sia con i clienti, sia con gli operatori interni, e concorrere alla attivazione di comportamenti propositivi e tesi all'integrazione professionale;
- Sviluppare la sensibilità degli operatori rispetto alle necessità di un confronto diretto con il cliente, per riuscire a coglierne le aspettative e a valutarne la soddisfazione;
- Fornire conoscenze e strumenti per raccogliere le informazioni professionali necessarie a compiere un'analisi costruttiva che permetta un miglioramento continuo del servizio offerto;
- Sviluppare competenze specifiche al fine di informatizzare il più possibile la documentazione di servizio.

## **METODOLOGIE PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI FORMAZIONE**

Questo capitolo descrive le metodologie per la gestione delle attività formative, l'individuazione del bisogno fino alla valutazione del risultato dell'intervento nel rispetto delle tappe logiche della progettazione formativa quali:

1. analisi dei fabbisogni formativi
2. programmazione delle attività formative
3. realizzazione delle attività per la formazione continua direttamente gestita dal Centro Servizi
4. valutazione dei risultati complessivi per la formazione.

### **Analisi dei fabbisogni formativi.**

Per analisi dei fabbisogni formativi si intende la descrizione dei fabbisogni culturali necessari agli Operatori per assicurare risultati efficaci ed efficienti rispetto agli obiettivi, che siano aggiornati rispetto all'evoluzione tecnico-specifica e al peculiare ruolo ricoperto.

Le informazioni per la definizione dei fabbisogni sono rappresentate dalle richieste espresse dai singoli operatori e dall'analisi di documenti, leggi, piani, programmi, atti, nonché dall'evoluzione di ruoli professionali, al fine di orientare gli interventi anche nel rispetto delle indicazioni previste dagli strumenti legislativi e di programmazione dell'Ente.

### **La programmazione delle attività.**

Ogni qualvolta venga attivato un progetto formativo andranno tenute in considerazione tutte le dimensioni della qualità di un servizio (professionale, organizzativa e relazionale) privilegiando quelle che, dall'analisi dei processi e dei risultati attesi, richiedano approfondimenti culturali per colmare eventuali lacune rispetto a conoscenze, abilità e comportamenti attesi.

La valutazione del fabbisogno formativo è quindi finalizzata a perseguire coerenza e sistematicità nelle iniziative formative, salvaguardando la connessione effettiva delle stesse, sia ai fabbisogni richiesti, sia all'utilità rivestita.

### **La realizzazione delle attività formative**

La realizzazione delle attività richiede un coinvolgimento responsabile ed attivo di tutte le parti interessate: committenza, fornitori, partecipanti, mentre nella fase di attuazione, prevalgono le competenze del formatore-docente, sia interno, che esterno. La negoziazione tra le parti (committenza, fornitore, partecipanti) si concretizza nella definizione degli obiettivi generali dell'attività formativa e dei criteri di valutazione.

### **La valutazione dei risultati.**

La valutazione dei risultati è da considerarsi un'attività di ricerca con l'obiettivo di misurare l'efficacia della formazione sui servizi erogati. La valutazione dell'intervento riguarda un'ampia gamma di funzioni che vanno dalle attività svolte dai partecipanti attraverso il processo formativo, alla valutazione dell'apprendimento individuale e di gruppo, fino ai risultati ottenuti in termini di ricaduta organizzativa nella modifica dei processi operativi e di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

## **AREE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI**

In relazione alle indicazioni rilevate, si sono individuate, per il biennio 2020-2021, le seguenti aree di intervento:

- A. Area del Sistema Qualità, Autorizzazione e Accreditamento**
- B. Area della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**
- C. Area della prevenzione della corruzione e della trasparenza**
- D. Area della Performance organizzativa e individuale**
- E. Area della gestione dell'attività formativa**
- F. Area della sicurezza del paziente**
- G. Area del trattamento dei dati personali**
- H. Area dell'informatica**
- I. Area tecnico-professionale specifica (comprese terapie non farmacologiche).**

Dopo le esperienze formative maturate negli ultimi anni, il presente Piano di Formazione mira ad essere ad un tempo di consolidamento e di sviluppo.

In effetti, tutte le aree tematiche propongono contenuti a valenza trasversale, con una quasi totale realizzazione all'interno dell'Ente.

## **RAPPORTI CON IL PERSONALE DIPENDENTE RISPETTO ALLE INIZIATIVE FORMATIVE**

La partecipazione ad attività di formazione e aggiornamento costituisce un diritto e un dovere per il personale dipendente, in quanto funzionale alla piena realizzazione e allo sviluppo delle specifiche professionalità, finalizzate al perseguimento degli obiettivi strategici dell'Ente.

Il personale che partecipa alle iniziative di formazione e aggiornamento promosse dall'Ente è considerato in servizio a tutti gli effetti. I relativi oneri sono a carico dell'Ente.

Le iniziative sono organizzate di norma durante l'orario di lavoro e, solo dove strettamente necessario, anche al di fuori dell'orario di lavoro. In merito alle iniziative proposte, l'Ente provvederà a comunicare per tempo il calendario dei vari corsi, con le relative date.

Allo scopo di adottare il più possibile le metodiche di tipo attivo, in base al numero di partecipanti previsti, saranno programmate più edizioni della stessa azione formativa.

Qualora il personale dipendente, come anche in somministrazione, richiesto di frequentare i corsi interni promossi dall'Ente non possa parteciparvi, anche parzialmente, è tenuto a darne tempestiva e motivata comunicazione al Servizio Personale dell'Ente e al proprio Responsabile.

Per i corsi esterni, con priorità assegnata a quelli accreditati ECM e a quelli previsti dagli specifici Albi professionali, la partecipazione del personale dipendente è subordinata alla autorizzazione da parte della Direzione.

## **PROGRAMMAZIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI 2020-2021.**

### **FORMAZIONE D'AULA.**

La formazione in modalità d'aula si fonda:

- sul fabbisogno espresso dal personale, sia dipendente dell'Ente, sia dipendente delle Cooperative in regime di appalto, come evincibile dall'Allegato 2.1;
- sul rispetto di quanto previsto dagli accordi Stato-Regioni, con le relative cadenze, in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, come evincibile dall'Allegato 2.2, orientato a precisare quanto attinente ciascun ruolo ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- sui corsi tecnico-professionali riguardanti le diverse figure operanti nell'Ente, programmabili nel biennio 2020-2021, come evincibile dall'Allegato 2.3.

La formazione d'aula sarà agita secondo un programma di dettaglio, di cui una prima ipotesi di sintesi è quella espressa nell'Allegato 2.3, peraltro suscettibile di variazioni in itinere, al fine di recepire eventuali novità, tecniche e normative, non attualmente prevedibili.

#### **Allegato a – rilevazione 2019 del fabbisogno formativo dei lavoratori**

Nel mese di novembre 2019, a cura della Direzione, si è svolta un'indagine del fabbisogno formativo al fine di individuare interventi mirati alle esigenze dei professionisti socio-sanitari. Si è adottato un metodo basato sulla somministrazione di un questionario scritto di rilevazione del fabbisogno formativo, cui hanno risposto 46 lavoratori.

Su questa base, nel gennaio 2020 è stata fatta un'analisi che è stata integrata con ulteriori informazioni. Dai questionari e dai dati elaborati sono emersi i seguenti bisogni formativi:

area tematica	Numero di richieste	Specifici argomenti segnalati	Frequenza per specifici argomenti
Aspetti riguardanti l'anziano (quali: demenza, disfagia, disturbi del comportamento, ecc.)	19	Demenza e gestione aggressività	6
		Alimentazione dell'anziano	5
		Gestione della disfagia	4
		Gestione malattie infettive	3
		Gestione ospiti gravi	1
Uso dei programmi informatici dell'Ente	0		
Aspetti riguardanti la sicurezza dei lavoratori	38	Movimentazione manuale dei carichi	10
		Primo soccorso	9
		Gestione attrezzature e prodotti per pulizie	7
		Gestione stress lavoro correlato e ansia	5
		Gestione delle emergenze (incendio)	4
		Gestione piano di lavoro pulizie	2
		Gestione lavoro in coppia	1
Aspetti riguardanti la sicurezza degli ospiti	14	Gestione PEG	2

		Gestione ulcere da decubito	2
		Gestione ab ingestis	2
		Gestione dolore, NE, TPN, CVC	2
		Gestione malesseri e bisogni urgenti	2
		Gestione problematiche muscoloscheletriche	1
		Gestione pratiche assistenziali	1
		Uso corretto contenzione	1
		Accompagnamento alla morte	1
Aspetti normativi riguardanti la propria professione, da precisare	5	Ruolo dell'OSS in residenza per anziani	2
		Doveri e mansioni del lavoratore vs altri ruoli	1
		Esercizi terapeutici vs interni ed esterni	1
		Supporti vari su aspetti normativi (libri, ecc.)	1
Rapporti interpersonali con familiari, ospiti, colleghi, coordinatori	29	Gestione rapporti tra colleghi	9
		Gestione rapporti con i familiari	8
		Gestione rapporti con il responsabile	7
		Gestione in équipe organizzazione e info	4
		Richiesta pasti ed equa distribuzione a ospiti	1
	105		

Nella gestione degli aspetti connessi alla gestione dei comportamenti aggressivi degli ospiti dementi, si propone una specifica conoscenza dei disturbi del comportamento in fascia anziana e la proposizione di terapie non farmacologiche (bambola, in primis).

Nella gestione delle situazioni problematiche interpersonali si propone di realizzare degli incontri rivolti a tutto il personale in merito all'Approccio Capacitane (AC) di Vigorelli. L'AC è una modalità di rapporto interpersonale basato sulla parola che ha per obiettivo una *Convivenza sufficientemente felice* tra gli anziani fragili e/o dementi (soprattutto quelli ricoverati nelle RSA), gli operatori e i familiari. Il metodo utilizzato si basa sul *Riconoscimento delle competenze elementari* ed è utilizzabile a tutto campo, anche in un'ottica preventiva delle difficoltà relazionali: oltre a riguardare gli anziani e i loro caregiver, si può applicare anche alla formazione degli operatori.

### Allegato b – programmazione dei corsi con modalità d'aula o fad, biennio 2022-2023

Il Prospetto 2.3.1 illustra le azioni formative che rispondono, oltre che al rispetto degli obblighi al fabbisogno espresso dal Personale nel 2019 e allo storicizzato fabbisogno riguardante tutte le figure professionali. (Per la formazione obbligatoria sulla sicurezza si veda documento a parte).

Esso considera le tipologie di corsi da attivare per rispondere alle esigenze emerse in sede di analisi preliminare, riportando nella prima colonna a sinistra la lettera maiuscola collegabile alla tipologia di Area di intervento formativo, come precisata a pagina 13 del Piano di Formazione d'aula.

Non considera, tuttavia, le riunioni interne a valenza formativa, che sono comunque tracciate all'interno dell'Ente come attività formativa effettiva.

AREA	tipo di formazione	Ore indicative	destinatari	contenuti
	<b>PROSPETTO 2.3.1</b>			<b>Piano di Formazione 2022-2023 Anno 2022</b>
B	formazione specifica	4	Tutte le tipologie di personale	autogestione stress e gestione relazioni professionali
C	Anticorruzione	2	lavoratori	applicazione Programma triennale anticorruzione
E	Formazione	2	RdA, Coord-referenti e resp uff Personale	gestione del processo di Formazione
F	sicurezza paziente	2	OSS dipendenti	L'alimentazione nell'anziano, problematiche correlate alla disfagia, imboccamento
F	sicurezza paziente	2	OSS dipendenti	Rischio clinico: prevenzione e gestione cadute
G	trattamento dati	2	nuovi assunti e dipendenti	corso base/ aggiornamento trattamento dati personali
H	informatica di base	4	OSS, IP, Educatori, Manutentore	nozioni di base, di supporto all'uso di CBA
I	Tecnico-professionale	4	infermieri dipendenti	terapia con la bambola
I	Tecnico-professionale	2	cucina e coord di reparto	Somministrazione cibi e bevande

				(HACCP)
I	Tecnico-professionale	10	amministrativi	corsi specifici a catalogo/dépliant
I	Tecnico-professionale	4	assistente sociale	corsi specifici a catalogo/dépliant
I	Tecnico-professionale	4	manutentore	corsi specifici a catalogo/dépliant

Ove possibile e per determinate categorie di lavoratori alcuni corsi potranno essere organizzati con la modalità fad

AREA	tipo di formazione	ore	destinatari	contenuti
	<b>PROSPETTO 2.3.1</b>			<b>Piano di Formazione 2022-2023 anno 2023</b>
C	Anticorruzione	2	lavoratori	applicazione Programma triennale anticorruzione
E	Formazione	2	RdA, Coord-referenti e resp uff Personale	gestione del processo di Formazione
F	sicurezza paziente	2	OSS dipendenti	rischio clinico: demenza e gestione aggressività ospiti
G	trattamento dati	2	lavoratori	corso base/ aggiornamento trattamento dati personali
H	corso informatica	4	ruoli amministrativi e di ccordinamento	aggiornamento sull'evoluzione delle nozioni a supporto degli applicativi CBA
I	Tecnico-professionale	4	OSS dipendenti	terapia con la bambola
I	Tecnico-professionale	2	cucina e oss di reparto	Somministrazione cibi e bevande (HACCP)
I	Tecnico-professionale	4	OSS dipendenti	gestione ruolo professionale
I	Tecnico-professionale	10	amministrativi	corsi specifici a catalogo/dépliant
I	Tecnico-professionale	4	assistente sociale	corsi specifici a catalogo/dépliant
I	Tecnico-professionale	4	manutentore	corsi specifici a catalogo/dépliant

Ove possibile e per determinate categorie di lavoratori alcuni corsi potranno essere organizzati con la modalità fad

#### Allegato c - programma per la formazione dei dipendenti ai fini della sicurezza sul lavoro. ANNO 2022

- 1) Programmazione delle prove di evacuazione e della formazione sulla gestione delle emergenze per tutte le sedi dell'Ente (Sede centrale non auto/Scolette/Barchessa e San Camillo de Lellis a cura della Cooperativa Promozione Lavoro) da effettuarsi indicativamente nell'estate autunno 2022.
- 2) Primo soccorso: I due gruppi sono stati aggiornati nel 2020 e 2021, l'aggiornamento è triennale. Si farà una ricognizione per verificare: a) se c'è qualche rinnovo triennale b) se c'è qualche dipendente da formare.
- 3) Formazione BLSA da svolgersi entro novembre 2022 per un gruppo e dicembre 2022 per l'altro.
- 4) Aggiornamento obbligatorio RSP e ASPP da continuare (da raggiungere 40 ore nel quinquennio).
- 5) Aggiornamento obbligatorio annuale del RLS (ore 8 entro dicembre 2022);
- 6) Eventuale formazione/aggiornamento sui rischi specifici in base all'accordo Stato Regioni da effettuarsi in una o più edizioni nel corso dell'anno in maniera mirata a seconda della mansione.

- 7) Definizione dell'organizzazione di un corso di formazione degli addetti antincendio per tutti coloro che, ad oggi, non hanno ancora acquisito l'attestato rilasciato dai vigili del fuoco (rischio alto).
- 8) Corso alimentaristi cucina (sicurezza alimentare).
- 9) Verifica per il nuovo personale relativa a: formazione generale, formazione specifica, primo soccorso, addetto squadra antincendio, e per infermieri anche BLS.
- 10) Varie esigenze che dovessero verificarsi nel corso dell'anno.

#### **Verifiche da effettuare a cura dell'ufficio personale:**

- Elenco infermieri non in possesso del corso di BLS valido (cioè non scaduto).
- Elenco Personale OSS o Infermiere non in possesso dell'attestato di primo soccorso.
- Elenco personale in genere non in possesso dell'attestato rilasciato dai Vigili del Fuoco.
- Situazione formativa di tutto il personale relativamente alla formazione generale (4 ore) e alla formazione sui rischi specifici in base all'accordo stato/regioni (12 ore).
- Monitoraggio parametri stress lavoro correlato.

#### **Verifiche preventive da effettuarsi a cura dei responsabili incaricati alla elaborazione dei turni.**

- In ogni struttura dovrà essere presente in ogni turno (compreso il notturno) un congruo numero di personale formato sul primo soccorso.
- In ogni struttura dovrà essere presente in ogni turno (compreso il notturno) un congruo numero di personale formato come addetto antincendio.
- Nelle strutture ove presente il defibrillatore, dovrà essere presente in ogni turno (compreso il notturno) un congruo numero di personale formato BLS.

#### **Si ricordano inoltre i seguenti adempimenti:**

- 1) Programmazione di una o più riunioni sulla sicurezza nell'anno 2022;
- 2) Informazione ai nuovi lavoratori/stagisti/volontari;
- 3) Formazione/Informazione del personale sul corretto utilizzo di nuove attrezzature da effettuarsi contestualmente alla loro messa in uso: normalmente con l'inserimento di un qualsiasi tipo di attrezzatura viene richiesto alla ditta di tenere un momento di formazione/informazione sull'utilizzo della medesima al personale addetto ed al personale del servizio di manutenzione. Questo tipo di formazione/informazione va seguita e/o organizzata dal responsabile di area e/o servizio destinatario della nuova attrezzatura

#### **rapporti/obblighi ente verso personale non dipendente cioè libera professione o altre forme di lavoro continuativo all'interno delle nostre strutture**

Come già specificato dai nostri consulenti, per chiunque lavori all'interno dell'organizzazione, il datore di lavoro si deve preoccupare di fornire o verificare la formazione in materia di sicurezza.

Per quanto concerne la libera professione o altre forme di lavoro, si ritiene necessario, al momento dell'assunzione, la verifica del possesso della formazione prevista dall'accordo stato regioni, e se del caso l'assunzione dei necessari provvedimenti.

Per quanto concerne il rapporto con le Cooperative, si precisa che è in fase di revisione il protocollo del 2017 superato con quanto contenuto nei nuovi contratti.



## **SEZIONE 4 MONITORAGGIO**

### **Sottosezione 4.1 – Monitoraggio obiettivi performance qualità e Customer Satisfaction:**

Si veda allegato C – Riesame della Direzione

### **Sottosezione 4.2 – Monitoraggio trasparenza**

Si veda allegato D – Griglia di rilevazione obblighi di trasparenza al 31.05.2022.

## Allegato A – Standard Qualità

anno 2022	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata
1	Direzionale	Carta dei Servizi	RGQ	Sulla base dei dati sui monitoraggi dei primi dieci mesi dell'anno, elaborazione della proposta per l'anno successivo	data entro la quale predisporre la proposta di Carta dei Servizi, per l'anno successivo, per il CdA	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente
2	Direzionale	rispetto standards	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con gli standard della Carta dei Servizi	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'85% degli standard
3	Direzionale	Prospetto risultati attesi	RGQ	Aggiornamento continuo dei servizi erogati dall'Ente	data entro la quale predisporre il Prospetto dei risultati attesi	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente
4	Direzionale	raggiungimento risultati	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con il Prospetto dei risultati attesi	percentuale di risultati ottenuti, rispetto a quelli attesi	almeno l'85% dei risultati attesi
5	Direzionale	Riesami della Direzione	RGQ	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione formalizzati	almeno 1 all'anno
8	Direzionale	reportistica di controllo economico	AMM	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo)	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report trimestrale in contabilità economica
9	Direzionale	reportistica di controllo occupazione posti letto	SOC	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	valutazione effettuata tramite apposita scheda	evidenza di una valutazione, da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del mese considerato

10	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione di edifici e arredi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati
12	Direzionale	controllo dati del personale	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report con dati relativi al Personale impiegato	cadenza mensile dei report forniti a 15 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report mensile
13	Ammissione e Ingresso	colloquio pre-inserimento	SOC	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento	tempo entro il quale effettuare il colloquio (data da apporre sul Mod)	almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti
14	Ammissione e Ingresso	visita medica iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella effettuazione della prima visita medica, con valutazione parametri vitali	data entro la quale effettuare la visita	entro 48 ore dall'ingresso, nel 100% dei casi
15	Progettazione personalizzata	progettazione iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% dei casi
17	Progettazione personalizzata	relazione con i familiari	SOC	Adeguatezza e celerità nella comunicazione ai familiari degli obiettivi del PAI, definiti in UOI a cura dell'Assistente Sociale o del Responsabile di Area	data entro la quale effettuare la comunicazione, con l'ausilio della figura amministrativa di reception	entro 30 giorni dalla stesura, in UOI, nel 95% dei casi, con specifica rilevazione del consenso a 20 giorni dalla ricezione

19	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	prevenzione lesioni decubito	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio	10% massimo imputabile all'Ente, desumibile anche in itinere da un monitoraggio oggettivo
20	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	preparazione farmaci	CORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nei blister su N controlli, verso scheda terapia	almeno il 98%, come desumibile dalla letteratura
21	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bisogni assistenziali	OSS	Adeguatezza e celerità nella compilazione della scheda assistenziale a pittogrammi, da parte dei Coordinatori Nucleo	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva dei bisogni dell'ospite, da parte del Coordinatore di Nucleo	entro 15 giorni dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi
22	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione del dolore	COORD	Adeguatezza e celerità della valutazione del dolore, sia all'ingresso, sia a seguito delle evoluzioni del singolo caso	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva del dolore, da parte dell'IP, con la collaborazione dell'OSS	entro 1 giorno lavorativo, dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi
23	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bagno assistito	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 8 giorni con anziani e 2 volte a settimana con disabili, nel 95% dei casi, con evidenza

24	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione potenzialità riabilitative	FKT	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale del FKT, in ingresso e non, con i necessari ausili	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT	entro 1 settimana, nel 95% dei casi
25	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	intervento riabilitativo	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi
26	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio ristorazione	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati
27	Tecnico-alberghiero-benessere	servizio parrucchiere/a	EDU	Adeguatezza e sistematicità nell'erogazione del servizio di parrucchiere/a, su richiesta e a pagamento	numero di tagli e acconciature	1 taglio e piega almeno 8 volte l'anno nel 95% dei casi, più 1 volta al mese in privato
28	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione parenti e ospiti	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di parrucchiera	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente
29	Monitoraggio	soddisfazione parenti e ospiti	RGQ	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti dei servizi erogati, complessivamente intesi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente

30	Monitoraggio	verifiche interne	RGQ	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	numero di verifiche interne per i sottoprocessi del SQ dell'Ente	1 ogni 6 mesi, per almeno il 60% dei sottoprocessi individuati
31	Monitoraggio	gestione del prodotto non conforme	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione delle non conformità protocollate	tempo tra data rilevazione NC e data comunicazione AC o AM	entro 20 giorni dalla data di protocollo, nel 90% dei casi
33	Monitoraggio	Gestione dei reclami fondati	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 20 giorni, nel 100% dei casi
34	Monitoraggio	gestione della contenzione	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei monitoraggi riguardanti le contenzioni, con specifica evidenza scritta, per casi specifici	aggiornamento delle scheda presente nel SW CBA	almeno ogni 6 mesi, in concomitanza con la revisione del PAI
37	Direzionale	soddisfazione verso servizio ragioneria	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio di ragioneria	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 85% , sul totale dei questionari compilati
38	Direzionale	soddisfazione verso servizio segreteria-URP	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio segreteria-URP	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 90% , sul totale dei questionari compilati

39	Direzionale	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati
40	Direzionale	soddisfazione verso servizio infermieristico	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati
41	Direzionale	soddisfazione verso servizio riabilitativo	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati
42	Direzionale	soddisfazione verso servizio animativo	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati

## Allegato B OBIETTIVI QUALITA' PERFORMANCE 2022

anno 2022	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	STANDARD
1	Direzionale	Carta dei Servizi	RGQ	Sulla base dei dati sui monitoraggi dei primi dieci mesi dell'anno, elaborazione della proposta per l'anno successivo	data entro la quale predisporre la proposta di Carta dei Servizi, per l'anno successivo, per il CdA	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	30-apr-22	SI
2	Direzionale	rispetto standards	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con gli standard della Carta dei Servizi	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'85% degli standard	30-apr-22	SI
3	Direzionale	Prospetto risultati attesi	RGQ	Aggiornamento continuo dei servizi erogati dall'Ente	data entro la quale predisporre il Prospetto dei risultati attesi	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	31 dic 2022	SI
4	Direzionale	raggiungimento risultati	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con il Prospetto dei risultati attesi	percentuale di risultati ottenuti, rispetto a quelli attesi	almeno l'85% dei risultati attesi	31 dic 2022	SI
5	Direzionale	Riesami della Direzione	RGQ	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione formalizzati	almeno 1 all'anno	31 dic 2022	SI
8	Direzionale	reportistica di controllo economico	AMM	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo)	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report trimestrale in contabilità economica	31 dic 2022	SI
9	Direzionale	reportistica di controllo occupazione posti letto	SOC	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	valutazione effettuata tramite apposita scheda	evidenza di una valutazione, da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del mese considerato	31 dic 2022	SI



10	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione di edifici e arredi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
12	Direzionale	controllo dati del personale	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report con dati relativi al Personale impiegato	cadenza mensile dei report forniti a 15 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report mensile	31 dic 2022	SI
13	Ammissione e Ingresso	colloquio pre-inserimento	SOC	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento	tempo entro il quale effettuare il colloquio (data da apporre sul Mod)	almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti	31 dic 2022	SI
14	Ammissione e Ingresso	visita medica iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella effettuazione della prima visita medica, con valutazione parametri vitali	data entro la quale effettuare la visita	entro 48 ore dall'ingresso, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
15	Progettazione personalizzata	progettazione iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI
17	Progettazione personalizzata	relazione con i familiari	SOC	Adeguatezza e celerità nella comunicazione ai familiari degli obiettivi del PAI, definiti in UOI a cura dell'Assistente Sociale o del Responsabile di Area	data entro la quale effettuare la comunicazione, con l'ausilio della figura amministrativa di reception	entro 30 giorni dalla stesura, in UOI, nel 95% dei casi, con specifica rilevazione del consenso a 20 giorni dalla ricezione	31 dic 2022	SI
19	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	prevenzione lesioni decubito	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio	10% massimo imputabile all'Ente, desumibile anche in itinere da un monitoraggio oggettivo	31 dic 2022	SI

20	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	preparazione farmaci	CORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nei blister su N controlli, verso scheda terapia	almeno il 98%, come desumibile dalla letteratura	31 dic 2022	SI
21	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bisogni assistenziali	OSS	Adeguatezza e celerità nella compilazione della scheda assistenziale a pittogrammi, da parte dei Coordinatori Nucleo	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva dei bisogni dell'ospite, da parte del Coordinatore di Nucleo	entro 15 giorni dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
22	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione del dolore	COORD	Adeguatezza e celerità della valutazione del dolore, sia all'ingresso, sia a seguito delle evoluzioni del singolo caso	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva del dolore, da parte dell'IP, con la collaborazione dell'OSS	entro 1 giorno lavorativo, dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
23	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bagno assistito	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 8 giorni con anziani e 2 volte a settimana con disabili, nel 95% dei casi, con evidenza	31 dic 2022	SI
24	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione potenzialità riabilitative	FKT	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale del FKT, in ingresso e non, con i necessari ausili	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT	entro 1 settimana, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI
25	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	intervento riabilitativo	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI

26	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio ristorazione	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
27	Tecnico-alberghiero-benessere	servizio parrucchiere/a	EDU	Adeguatezza e sistematicità nell'erogazione del servizio di parrucchiere/a, su richiesta e a pagamento	numero di tagli e acconciature	1 taglio e piega almeno 8 volte l'anno nel 95% dei casi, più 1 volta al mese in privato	31 dic 2022	SI
28	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione parenti e ospiti	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di parrucchiera	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	SI
29	Monitoraggio	soddisfazione parenti e ospiti	RGQ	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti dei servizi erogati, complessivamente intesi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	SI
30	Monitoraggio	verifiche interne	RGQ	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	numero di verifiche interne per i sottoprocessi del SQ dell'Ente	1 ogni 6 mesi, per almeno il 60% dei sottoprocessi individuati	31 dic 2022	SI
31	Monitoraggio	gestione del prodotto non conforme	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione delle non conformità protocollate	tempo tra data rilevazione NC e data comunicazione AC o AM	entro 20 giorni dalla data di protocollo, nel 90% dei casi	31 dic 2022	SI
33	Monitoraggio	Gestione dei reclami fondati	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 20 giorni, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI

34	Monitoraggio	gestione della contenzione	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei monitoraggi riguardanti le contenzioni, con specifica evidenza scritta, per casi specifici	aggiornamento delle scheda presente nel SW CBA	almeno ogni 6 mesi, in concomitanza con la revisione del PAI	31 dic 2022	SI
37	Direzionale	soddisfazione verso servizio ragioneria	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio di ragioneria	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
38	Direzionale	soddisfazione verso servizio segreteria-URP	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio segreteria-URP	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 90% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
39	Direzionale	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
40	Direzionale	soddisfazione verso servizio infermieristico	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI

41	Direzionale	soddisfazione verso servizio riabilitativo	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
42	Direzionale	soddisfazione verso servizio animativo	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
18	Sanitario- Riabilitativo- Assistenziale	controllo stato di salute	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella programmazione ed esecuzione di una visita medica, con valutazione parametri vitali, per tutti i clienti	visita medica programmata ed eseguita nell'arco di ogni mese	almeno 1 visita mensile programmata ed eseguita, nel 100% dei casi	31 dic 2022	NO
16	Progettazione personalizzata	progettazione periodica	SOC	Adeguatezza e celerità nella revisione del Progetto Assistenziale Individualizzato dei clienti	data entro la quale effettuare la revisione, con la SVM interna, del PAI precedente	entro 6 mesi dalla valutazione SVM interna, nel 95% dei casi, o comunque nel mese di scadenza	31 dic 2022	NO
36	Tecnico- alberghiero- benessere	soddisfazione verso servizio pulizia ambientale	COORD	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della pulizia e dell'ordine della stanza degli ospiti	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 95% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	NO
32	Monitoraggio	Soddisfazione dipendenti e collaboratori	TUTTI	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno il 65% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	Attività sospesa in periodo Covid – da riprendere

43	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Aumentare il numero di trattamenti sui pazienti singoli esterni	Numero trattamenti anno	4.000 trattamenti anno	31 dic 2022	VARIABILE IN PERIODO COVID
44	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Pilates con esterni	Numero incontri anno	35 incontri anno	31 dic 2022	SOSPESO IN PERIODO COVID
45	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Ginnastica di gruppo con esterni	Numero incontri anno	20 incontri anno	31 dic 2022	SOSPESO IN PERIODO COVID
46	Amministrativi	Puntualità nell'emissione delle fatture	AMM	Rispettare il ciclo fatture come da regolamento	tempi di emissione del corpo principale della sede centrale.	entro il n di gg previsti da regolamento	31 dic 2022	RIVISTO
47	Amministrativi	Aggiornare la modulistica in materia di Privacy	AMM	Sistemare e aggiornare negli archivi informatici tutta la documentazione privacy afferente i vari uffici	Percentuale moduli archiviati	100% per ogni ufficio.	31 lug 2022	NUOVO
48	Amministrativi	Puntualità pubblicazioni amministrazione trasparente	AMM	Registrazioni obbligatori su amministrazione trasparente	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti	100% per ogni ufficio.	costante	NUOVO

## **ALLEGATO C – RIESAME DELLA DIREZIONE**

Nel mese da gennaio a marzo 2022 il RAQ Emilio Tessari, congiuntamente al coordinatore dei servizi Posenato Pierpaolo hanno proceduto alla valutazione degli obiettivi per il monitoraggio dei risultati del 2021.

I documenti di riferimento erano i seguenti:

- il piano della performance approvato con delibera n. 08 del 25.02.2021; con relativo prospetto dei risultati attesi;
- Aggiornamento del prospetto dei risultati attesi a seguito riesame approvato con delibera 18 del 17.05.2021.

Sempre nel mese di marzo 2022 la direzione e il coordinatore dei servizi hanno avuto modo di confrontarsi sui seguenti argomenti:

- Esito verifiche interne, anno 2021 – la prima verifica intermedia al 30.06.2021 e la verifica finale, terminata dopo l'esito dei questionari di soddisfazione;
- Non conformità del 2021.
- Esito questionari parenti e ospiti del 2021 inviati il 23.02.2022 e ricevuti entro il 15.03.2022 – Si precisa che prima non è stato possibile in quanto le strutture erano chiuse all'accesso dei familiari per infezione in atto.

### **Verifica interna 2022 (su obiettivi 2021) Sede di Monteforte d'Alpone**

Si precisa che

L'anno 2021 è stato il secondo anno passato con l'epidemia da Covid 19 in atto. Questa ha continuato ad incidere in maniera pesante su tutte le attività e la gestione dei centri servizi residenziali, compresi i nostri. Già a decorrere dal mese di marzo del 2020 tutti i piani e i programmi sono saltati perché la priorità era un'altra, e così pure le disposizioni delle autorità erano volte alla tutela della pandemia. Tutto ciò ha inciso anche per tutto il 2021 già dall'inizio dell'anno con la coda dell'infezione pandemica dell'ottobre 2020.

La verifica non può non tenere conto di quanto è accaduto e dello sconvolgimento dei piani di lavoro, delle attività e delle nuove priorità programmate.

Le sigle utilizzate sono le seguenti:

P = Obiettivo Pienamente raggiunto – per il quale nella valutazione si terrà conto anche dello sforzo e dell’effettiva possibilità di dare massimo risultato a fronte della difficoltà dettata dalla Pandemia.

pp = non pienamente raggiunto (con motivazione e/o specifica)

NC = Non conforme

NA = non applicabile/non applicato (con motivazione e/o specifica)

### OBIETTIVI RAGGIUNTI

anno 2021	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	CONTROLLO FINALE	ESITO*
1	Direzionale	Carta dei Servizi	RGQ	Sulla base dei dati sui monitoraggi dei primi dieci mesi dell'anno, elaborazione della proposta per l'anno successivo	data entro la quale predisporre la proposta di Carta dei Servizi, per il CdA	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	30-apr-21	Predisposta il 15.04.2021 e approvata il 17.05.2021 con delibera del cda n. 17	P
2	Direzionale	rispetto standards	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con gli standard della Carta dei Servizi	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'85% degli standard	30-apr-21	Da verificare a fine anno	P
3	Direzionale	Prospetto risultati attesi	RGQ	Aggiornamento continuo dei servizi erogati dall'Ente	data entro la quale predisporre il Prospetto dei risultati attesi	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	31-dic-21	Predisposto il 29.03.2021 e approvata il 17.05.2021 con delibera del cda n. 17	P
4	Direzionale	raggiungimento risultati	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con il Prospetto dei risultati attesi	percentuale di risultati ottenuti, rispetto a quelli attesi	almeno l'85% dei risultati attesi	31-dic-21	Media ponderata di tutto l'Ente 85, 11%	P
8	Direzionale	reportistica di controllo economico	AMM	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo)	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report trimestrale in contabilità economica	31-dic-21	E' rispettato e anche superato	P



9	Direzionale	reportistica di controllo occupazione posti letto	SOC	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	valutazione effettuata tramite apposita scheda	evidenza di una valutazione, da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del mese considerato	31-dic-21	Settimanalmente tutti i lunedì l'assistente sociale invia alla direzione un prospetto riassuntivo (che viene aggiornato in file in tempo reale) indicando l'occupazione dei posti letto per tutte le sedi, differenziando gli ospiti nelle varie categorie (in convenzione, in privato, ecc.). Inoltre giornalmente il Coordinatore dei Servizi monitora l'andamento dell'occupazione e riferisce alla Direzione la pianificazione.	P
10	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione di edifici e arredi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	91,22	P
12	Direzionale	controllo dati del personale	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report con dati relativi al Personale impiegato	cadenza mensile dei report forniti a 15 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report mensile	31-dic-21	programma informatico turni con presenze assenze su tabellone mensile	P
13	Ammissione e Ingresso	colloquio pre-inserimento	SOC	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento	tempo entro il quale effettuare il colloquio (data da apporre sul Mod)	almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti	31-dic-21	Si esaminano le schede degli ingressi settembre-dicembre; si evidenzia che il risultato atteso "almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti" è stato rispettato nel 100% dei casi	P
14	Ammissione e Ingresso	visita medica iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella effettuazione della prima visita medica, con valutazione parametri vitali	data entro la quale effettuare la visita	entro 48 ore dall'ingresso, nel 100% dei casi	31-dic-21	Al momento dell'ingresso nel nucleo l'ospite viene monitorato misurando i parametri vitali, e viene controllata la lettera di dimissione e la terapia prescritta. Il giorno stesso o il giorno successivo il medico visita l'ospite e redige rapporto sulla cartella informatizzata. Il risultato atteso è stato	P

								rispettato.	
15	Progettazione personalizzata	progettazione iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% dei casi	31-dic-21	Dopo i ritardi dovuti allo stop delle UOI nel primo semestre in seguito all'emergenza pandemica, le stesse sono riprese dopo l'estate con un programma di recupero pianificato dall'Assistente Sociale. Dal controllo degli ingressi a partire dal mese di settembre il risultato atteso entro 45 gg dall'ingresso è stato rispettato.	P
17	Progettazione personalizzata	relazione con i familiari	SOC	Adeguatezza e celerità nella comunicazione ai familiari degli obiettivi del PAI, definiti in UOI a cura dell'Assistente Sociale o del Responsabile di Area	data entro la quale effettuare la comunicazione, con l'ausilio della figura amministrativa di reception	entro 30 giorni dalla stesura, in UOI, nel 95% dei casi, con specifica rilevazione del consenso a 20 giorni dalla ricezione	31-dic-21	Ad ogni definizione del nuovo PAI o aggiornamento dello stesso, viene inviata al familiare un'informativa a cura dell'Assistente Sociale di sede. Dai controlli effettuati risulta che le lettere vengono inviate con un tempo massimo di 1 settimana. Il risultato atteso risulta raggiunto.	P
19	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	prevenzione lesioni decubito	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio	10% massimo imputabile all'Ente, desumibile anche in itinere da un monitoraggio oggettivo	31-dic-21	Sottoprocesso n°19 "numero di lesioni insorte in struttura dal secondo stadio in avanti". La valutazione del rispetto del risultato atteso "fino ad un massimo di 10% soggetti" risulta di difficile elaborazione in quanto in caso di lesioni il personale infermieristico non compila la scheda "lesioni" nella cartella informatizzata CBA, inserendo caratteristiche, trattamento ed evoluzione nel tempo, ma bensì lo segnala nel diario giornaliero e compila un registro cartaceo di nucleo. Dalla rielaborazione del cartaceo raccolto si evince	P

								che nel secondo semestre dal secondo stadio sono insorte nella Sede 8 nuovi casi di lesione. Per questa motivazione è stato raggiunto il risultato atteso.	
20	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	preparazione farmaci	CORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nel blister su N controlli, verso scheda terapia	almeno il 98%, come desumibile dalla letteratura	31-dic-21	Sottoprocesso n°20 "percentuale di corrette preparazioni nei blister". Per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo sono state analizzate le "schede di controllo terapia" fornite dai responsabili infermieristici, che a sua volta valutano la congruenza fra la prescrizione terapeutica medica presente sulla scheda unica terapia e la corretta preparazione fatta dal personale infermieristico e presente nei blister del giorno.  Si evidenzia che il 100% delle preparazioni rispecchiano la prescrizione.	P
21	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	bisogni assistenziali	OSS	Adeguatezza e celerità nella compilazione della scheda assistenziale a pittogrammi, da parte dei Coordinatori Nucleo	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva dei bisogni dell'ospite, da parte del Coordinator e di Nucleo	entro 15 giorni dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31-dic-21	La settimana successiva all'entrata del nuovo ospite il referente di nucleo compila la scheda pittogrammi, contenuta all'interno dell'armadio personale in ogni camera. Dai controlli effettuati nel secondo semestre nei vari nuclei dell'ente, suddivisi in mesi e date diversificate il risultato atteso "entro 15 gg dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali" è stato raggiunto nel 100% dei casi.	P

23	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	bagno assistito	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 8 giorni con anziani e 2 volte a settimana con disabili, nel 95% dei casi, con evidenza	31-dic-21	Dalla visione del prospetto bagni di ogni nucleo, dove viene registrata l'esecuzione settimanale dei bagni, si evince che il rispetto dello standard "entro 8 giorni" risulta rispettato nel 100% dei casi.	P
24	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	valutazione e potenzialità riabilitative	FKT	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale del FKT, in ingresso e non, con i necessari ausili	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT	entro 1 settimana, nel 95% dei casi	31-dic-21	In tutti gli ospiti esaminati e tracciati nel secondo semestre su CBA si evince che il risultato atteso "tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT- entro 1 settimana, nel 95% dei casi" è stato completamente raggiunto nel 100% dei casi in quanto le valutazioni e la loro registrazione sono state effettuate nello stesso giorno d'entrata, o al massimo dopo due giorni.	P
25	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	intervento riabilitativo	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi	31-dic-21	Per il controllo di questo sottoprocesso oltre al diario di valutazione del singolo professionista, si sono analizzate le cartelle personali degli ospiti e i diari clinico-assistenziali.  Si evidenzia che la richiesta di intervento riabilitativo viene evasa nelle seguenti modalità:  - Richiesta direttamente dal medico curante della struttura  - Richiesta nella lettera di dimissione ospedaliera prima dell'entrata in struttura in quanto progetto riabilitativo  - Richiesto in equipe UOI  - Molte volte l'inizio riabilitativo è dettato dalla valutazione del professionista FKT che	P

							<p>può essere periodica o richiesta da altre figure professionali (infermiere, OSS)</p> <p>In qualunque caso sopra menzionato il risultato atteso "tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT - entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi" è stato rispettato nel 100% dei casi (tutte le valutazioni sono state eseguite al massimo dopo 2 gg lavorativi, dando indicazioni su comportamenti ed utilizzo degli ausili al personale di assistenza).</p>		
27	Tecnico-alberghiero-benessere	servizio parrucchiere/a	EDU	Adeguatezza e sistematicità nell'erogazione del servizio di parrucchiere/a, su richiesta e a pagamento	numero di tagli e acconciature	1 taglio e piega almeno 8 volte l'anno nel 95% dei casi, più 1 volta al mese in privato	31-dic-21	<p>Per la verifica del risultato atteso si è analizzata la registrazione e i report cartacei forniti dalle referenti di nucleo e dalle educatrici . Da questi si evidenzia che nel secondo semestre il risultato atteso di "un taglio + piega ogni 6.5 settimane" è stato raggiunto nel 100% dei casi. I trattamenti in privato risultano su richiesta dei familiari, comunque sono sempre stati assecondati.</p> <p>Si evidenzia inoltre che dopo l'arrivo della nuova professionista non si sono più registrate lamentele da parte dei familiari.</p>	P
28	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione parenti e ospiti	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di parrucchiere/a	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31-dic-21	84,87%	P

29	Monitoraggio	soddisfazione parenti e ospiti	RGQ	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti dei servizi erogati, complessivamente intesi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31-dic-21	91,52%	P
37	Direzionale	soddisfazione verso servizio ragioneria	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio di ragioneria	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	93,78%	P
38	Direzionale	soddisfazione verso servizio segreteria-URP	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio segreteria-URP	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 90% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	93,78%	P
39	Direzionale	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	91,12%	P
40	Direzionale	soddisfazione verso servizio infermieristico	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	Tempestività 84,87% Cortesia 86,91%	P

41	Direzionale	soddisfazione verso servizio riabilitativo	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	Attenzione 84,26 Cortesia 89,64	P
42	Direzionale	soddisfazione verso servizio animativo	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	Coinvolgimento 90,39 Tipo e frequenza 80,78  Si deve tener conto del periodo Covid	P
5	Direzionale	Riesami della Direzione	RGQ	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione formalizzati	almeno 1 all'anno	31-dic-21	Predisposto il 29.03.2021 e approvato il 17.05.2021 con delibera del cda n. 17	P
22	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione del dolore	COORD	Adeguatezza e celerità della valutazione del dolore, sia all'ingresso, sia a seguito delle evoluzioni del singolo caso	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva del dolore, da parte dell'IP, con la collaborazione dell'OSS	entro 1 giorno lavorativo, dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31-dic-21	Nel caso di segnalazioni dalle varie figure professionali, o di segni/sintomi raccolti dal personale infermieristico, il dolore viene subito preso in considerazione, valutato ed instaurata adeguata terapia che può essere occasionale, al bisogno, o in terapia fissa periodica.	P
26	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio ristorazione	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 80% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	94,32%	P
30	Monitoraggio	verifiche interne	RGQ	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	numero di verifiche interne per i sottoprocessi del SQ dell'Ente	1 ogni 6 mesi, per almeno il 60% dei sottoprocessi individuati	31-dic-21	Eseguita verifica semestrale	P

34	Monitoraggio	gestione della contenzione	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei monitoraggi riguardanti le contenzioni, con specifica evidenza scritta, per casi specifici	aggiornamento delle schede presente nel SW CBA	almeno ogni 6 mesi, in concomitanza con la revisione del PAI	31-dic-21	<p>Sottoprocesso n°34 "Verifica delle contenzioni". Per la verifica dello standard vengono analizzati i dati rielaborati su CBA.</p> <p>La prescrizione e la gestione della contenzione viene fatta dal medico sempre sulla cartella personale dell'ospite, poi il personale infermieristico passa le informazioni agli OSS di reparto per l'applicazione della stessa, controllandone giornalmente la corretta applicazione.</p> <p>Mensilmente tutte le contenzioni vengono controllate dal responsabile infermieristico (correttezza, scadenza, ecc.), eventualmente ridiscusse in equipe, e viene stampato un prospetto riassuntivo per ogni nucleo a disposizione di tutto il personale operante.</p> <p>Il risultato atteso risulta raggiunto.</p>	P
47	Amministrativo	Piano Triennale della Prevenzione alla Corruzione e trasparenza	AMM	Modificare il regolamento acquisizione personale	Approvazione CDA	Nuovo regolamento	31-dic-21	Approvato con Delibera n. 38 del 31.08.2021	P
48	Amministrativo	Piano Triennale della Prevenzione alla Corruzione e trasparenza	AMM	Modificare le indicazioni del ciclo fatture insoluti	emissione	Nuove indicazioni	31-dic-21	Emessa il 06.09.2021	P



49	Amministrativo	Piano Triennale della Prevenzione alla Corruzione e trasparenza	AMM	Formazione di base e annuale	N. partecipanti	90% dei dipendenti	31-dic-21	Eseguito	P
----	----------------	---	-----	------------------------------	-----------------	--------------------	-----------	----------	---

### **OBIETTIVI NON RAGGIUNTI O PARZIALMENTE RAGGIUNTI**

anno 2021	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	CONTROLLO FINALE	ESITO*
32	Monitoraggio	Soddisfazione dipendenti e collaboratori	TUTTI	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno il 65% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31-dic-21	Non svolto nel periodo Covid – da fare nel 2022	NC
16	Progettazioni personalizzate	progettazioni periodica	SOC	Adeguatezza e celerità nella revisione del Progetto Assistenziale Individualizzato dei clienti	data entro la quale effettuare la revisione, con la SVM interna, del PAI precedente	entro 6 mesi dalla valutazione SVM interna, nel 95% dei casi, o comunque nel mese di scadenza	31-dic-21	Dopo i ritardi dovuti allo stop delle UOI nel primo semestre in seguito all'emergenza pandemica, le stesse sono riprese dopo l'estate con un programma di recupero pianificato dall'Assistente Sociale. Non tutto l'arretrato è stato ancora ripianato, quindi il risultato da controllare "revisione Pai entro 6 mesi, nuovo PAI entro 12 mesi nell'80% dei casi" non è ancora raggiunto.	pp
33	Monitoraggio	Gestione dei reclami fondati	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 20 giorni, nel 100% dei casi	31-dic-21	La maggior parte dei reclami, essendo di minore importanza, viene gestita dai responsabili e dal coordinatore dei servizi. Le modalità, i contenuti e gli esiti vengono riferiti oralmente	pp

								alla direzione. Nel caso di situazioni di particolare difficoltà anche la Direzione partecipa agli incontri delucidativi. Per le situazioni maggiormente delicate viene redatto un verbale riassuntivo o segnalato il colloquio su CBA.	
18	Sanitario-Riabilitativo- Assistenzi ale	controllo stato di salute	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella programmazione ed esecuzione di una visita medica, con valutazione parametri vitali, per tutti i clienti	visita medica programmata ed eseguita nell'arco di ogni mese	almeno 1 visita mensile programmata ed eseguita, nel 100% dei casi	31-dic-21	Per la verifica dell'indicatore di risultato viene analizzata la cartella informatizzata CBA. Si controllano 25 ospiti suddivisi nei vari nuclei, e solo su 22 risulta rispettato l'obiettivo "vs visita medica mensile". Rispetto al primo semestre il risultato risulta migliorato, ma permane opera di sensibilizzazione nei confronti dei medici.	pp
36	Tecnico-alberghiero- benessere	soddisfazione verso servizio pulizia ambientale	COORD	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della pulizia e dell'ordine della stanza degli ospiti	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 95% , sul totale dei questionari compilati	31-dic-21	92,23%	NC

**Tutti gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti dovranno essere oggetto di analisi complessiva.**

**Saranno ritornati ai responsabili per le considerazioni proprie e del gruppo di lavoro.**

**OBIETTIVI NON APPLICATI PERCHE' NON APPLICABILI. PER I QUALI NECESSITA UNA VALUTAZIONE DI OPPORTUNITA' SUL LORO MANTENIMENTO**

anno 2021	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	CONTROLLO FINALE	ESITO*
-----------	----------	----------------	--------------------	-----------	------------	--	----------	------------------	--------

31	Monitoraggio	gestione del prodotto non conforme	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione delle non conformità protocollate	tempo tra data rilevazione NC e data comunicazione AC o AM	entro 20 giorni dalla data di protocollo, nel 90% dei casi	31-dic-21	Non Rilevati casi	NA
43	Assistenze	Ambulatorio per Riabilitazioni esterne	FKT	Aumentare il numero di trattamenti sui pazienti singoli esterni	Numero trattamenti anno	4.000 trattamenti anno	31-dic-21	VARIABILE IN PERIODO COVID	NA
44	Assistenze	Ambulatorio per Riabilitazioni esterne	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Pilates con esterni	Numero incontri anno	35 incontri anno	31-dic-21	SOSPESO per covid	NA
45	Assistenze	Ambulatorio per Riabilitazioni esterne	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Ginnastica di gruppo con esterni	Numero incontri anno	20 incontri anno	31-dic-21	SOSPESO per covid	NA
46	Amministrativo	Puntualità nell'emissione delle fatture	AMM	Rispettare il ciclo fatture come da regolamento	tempi di emissione	entro il n di gg previsti da regolamento nel 80% dei mesi	31-dic-21	Le fatture escono scaglionate e varie tipologie ed è quindi da riformulare il dettato dell'obiettivo	NA

### **ESITO DEI QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE SOMMINISTRATI A GENNAIO/FEBBRAIO 2021**

Il nostro sistema di gestione della qualità prevede la somministrazione annuale dei questionari di gradimento in forma anonima suddivisi per sede. Di seguito i risultati.

VOCI		SEDE NON AUTO	BARCHESA	SAN CAMILLO	MEDIA PONDERATA N. QUESTIONARI 2021 (somm 2022)	MEDIA PONDERATA 2020	MEDIA PONDERATA 2019	MEDIA PONDERATA 2018	MEDIA PONDERATA 2017	MEDIA PONDERATA 2016
1.1	giudizio complessivo	86,36	100,00	100,00	<b>91,52</b>	100,00	83,33	97,22	82,43	76,41
1.2	organizzazione	50,00	50,00	100,00	<b>64,86</b>	95,65	78,02	88,73	76,88	78,82

	e giornata									
2.1	informazione da medico	42,11	50,00	90,00	<b>56,98</b>	77,39	77,10	70,90	72,31	70,75
2.2	attenzione da medico	45,00	66,67	100,00	<b>63,11</b>	91,30	89,32	83,38	86,29	88,37
3.1	tempestività infermieri	80,00	100,00	90,91	<b>84,87</b>	100,00	91,34	91,67	82,71	93,02
3.2	cortesia infermieri	78,95	100,00	100,00	<b>86,91</b>	100,00	95,00	97,22	89,08	90,61
4.1	cura e igiene dell'ospite	86,36	100,00	90,91	<b>88,82</b>	90,91	81,67	94,44	84,23	88,03
4.2	cortesia OSS	85,71	100,00	100,00	<b>91,12</b>	100,00	86,35	94,12	80,28	90,61
5.1	coinvolgimento nell'animazione	88,89	66,67	100,00	<b>90,39</b>	84,06	82,31	83,68	86,29	80,88
5.2	tipo e frequenza attività animazione	77,78	33,33	100,00	<b>80,78</b>	78,26	72,96	89,86	80,78	78,55
6.1	attenzione fkt	80,00	100,00	88,89	<b>84,26</b>	88,40	63,49	71,53	92,29	86,09
6.2	cortesia fkt	83,33	100,00	100,00	<b>89,64</b>	93,48	72,38	84,49	92,17	90,07
7.1	pulizia e ordine stanze	87,50	100,00	100,00	<b>92,23</b>	94,20	93,33	97,22	93,32	95,35
7.2	manutenzione e struttura	95,00	66,67	90,00	<b>91,22</b>	100,00	85,00	77,78	80,64	81,23
7.3	lavanderia e guardaroba	85,00	100,00	100,00	<b>90,68</b>	56,67	33,79	36,11	88,92	79,44
7.4	parrucchiere e barbiere	80,00	100,00	90,91	<b>84,87</b>	83,77	72,26	77,80	81,72	77,46
7.5	servizi religiosi	88,89	100,00	80,00	<b>87,15</b>	94,20	95,56	100,00	95,04	95,08
7.6	rapporto amministrativo	90,00	100,00	100,00	<b>93,78</b>	89,85	91,56	80,56	83,89	59,8
7.7	cucina	100,00	66,67	90,00	<b>94,32</b>	77,33	61,60	76,67	78,27	71,29
8.1	funzionalità spazi comuni	86,67	100,00	90,00	<b>88,74</b>	90,43	93,29	88,73	82,41	81,73

8.2	cura spazi esterni	89,47	66,67	72,73	<b>82,65</b>	76,42	76,25	80,23	75,65	73,21
<b>MEDIE</b>		<b>80,33</b>	<b>84,13</b>	<b>94,02</b>	<b>84,71</b>	88,68	79,81	83,92	84,08	82,23

#### CORTE SCOLETTE

VOCI	descrizione									
		a 2013	a 2014	a 2015	a 2016	a 2017	a 2018	a 2019	a 2020	a 2021
1.1	giudizio complessivo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.2	organizzazione giornata	100,00	100,00	66,66	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3	igiene personale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.4	quantità bagni settimanali	94,74	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.5	organizzazione e coordinamento	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.6	cortesia e disponibilità degli operatori	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.7	cortesia e disponibilità all'ascolto	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.8	pulizia e ordine negli spazi comuni	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1	attività dell'educatore	94,44	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00

2.2	attività adatte alle esigenze	100,00	100,00	66,66	100,00	100,00	100,00	83,30	100,00	100,00
2.3	clima affettivo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2.4	attività durante le festività	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	N.R.
2.5	programmazione animazione in generale	84,21	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	83,30	100,00	100,00

#### RIEPILOGO QUESTIONARI INVIATI E TORNATI

	<i>Sede</i>	<i>Barchessa</i>	<i>S.Camillo</i>	<i>C. Scolette</i>	<b>TOT</b>
n questionari ritornati	23	3	11	1	<b>38</b>
n questionari inviati	92	25	30	20	<b>167</b>
percentuali	25,0%	12,0%	36,7%	<b>5,0%</b>	<b>22,8%</b>

In generale la Comunità alloggio Corte Scolette ha mantenuto nel tempo alte percentuali di soddisfazione. Unica nota da valutare è il numero di questionari ritornati, decisamente inferiore negli ultimi anni rispetto al passato, fino ad arrivare ad un solo questionario ritornato.

#### COMMENTI CONTENUTI NEI QUESTIONARI

<b>SCOLETTE PROPOSTE ALTERNATIVE O AGGIUNTE</b>	<b>BARCHESSA Commenti COSA POTREBBE ESSERE MIGLIORATO</b>	<b>SAN CAMILLO Commenti COSA POTREBBE ESSERE MIGLIORATO</b>	<b>SEDE Commenti COSA POTREBBE ESSERE MIGLIORATO</b>
La non risposta alla domanda 2.4 è dovuta al fatto che in questi ultimi due anni, causa pandemia, le feste sono state	Manca contatto con l'ospite ma purtroppo la situazione Covid non lo permette.	Servizio cucina – parrucchiera.	Accesso più frequente – personale che aiuti le animatrici.

giustamente sospese e quindi non aveva senso dare un giudizio. Sull'esperienza del passato il giudizio era più che positivo.	Speriamo finisca.		
	Lo spazio esterno. Dei corrimano esterni potrebbero consentire agli ospiti con limiti di deambulazione, di passeggiare esternamente attaccandosi.  La cucina lascia a desiderare. Il cibo è insapore. Già sono isolati, i familiari non possono portare nulla, almeno che la cucina sia di consolazione.	Riprendere la frequenza dei servizi religiosi. Migliorare la comunicazione con i parenti. (sia stato di salute che cambio dei responsabili casa riposo).	Rapporto con i famigliari.
		La comunicazione delle varie componenti la struttura con le famiglie.	Non posso esprimermi. Ho avuto accesso solo al salone per i colloqui.
			Più attività di gruppo. Tombola collettiva, canti.
			(riassunto) Nessuno ha reso partecipi delle attività degli ospiti che risultano modeste. Il medico non da informazioni. Non conosciamo gli infermieri. Cura della persona capelli, si può fare di più. Animatori gentilissimo ma penso insufficienti per tutti.  La sala colloqui è triste, ci vuole luce , musica e allegria.  Con le belle giornate a fine emergenza Covid chiedono di poter portare al parco gli ospiti, magari con sorveglianza, anche in gruppi di 3 o 4 . Devono vedere il verde e la natura.
			Comunicazione sanitaria dell'ospite. La struttura potrebbe comunicare periodicamente al familiare di riferimento lo stato di salute dell'ospite ed eventuali terapie/cure/azioni intraprese.
			Maggiori attività quotidiane. Le educatrici molto disponibili ma sempre impegnate con gli

			<p>appuntamenti delle visite. -  Orario delle visite prolungato almeno fino alle 18.30 e il sabato mattina, visto che per molti lavoratori il sabato è il giorno di maggiore affluenza e per gli altri giorni bisogna sempre prendere un permesso. Grazie.</p>
			<p>Animazione – ma ora questo servizio verrà implementato  Grazie (Althea)</p>

**DA CONDIVIDERE CON LA DIREZIONE E CON I RESPONSABILI DEGLI UFFICI AMMINISTRATIVI, DELL'ASSISTENZA, E INFERMIERISTICA E DEL SERVIZIO ALBERGHIERO**

Il sistema di gestione della qualità prevede l'analisi ed eventuali interventi nella voci che non raggiungono l'80% di risultati "molto soddisfatto" e "abbastanza soddisfatto" – pertanto vanno approfonditi tutti quei parametri che si posizionano a livelli < ad 80 ed ovviamente si dovrà tenere conto dei commenti.

**ASPETTI CRITICI.**

Le voci che meritano particolare attenzione e che dovranno essere oggetto di analisi, discussione e ricerca di soluzioni sono le seguenti:

- Informazioni ed attenzione dal medico, nella sede centrale e nella Barchessa.
- Organizzazione della giornata nella sede centrale e nella Barchessa.
- Tipo e frequenza animazione nella sede centrale e nella Barchessa.

Altri aspetti da analizzare sono la percezione dell'aspetto assistenziale soprattutto dal punto di vista infermieristico ma anche assistenziale e il servizio parrucchiera della sede centrale.

**ASPETTI MIGLIORATI**

Anche i miglioramenti vanno analizzati, per non cadere nell'errore di adagiarsi. Netti miglioramenti si sono avuti per i seguenti servizi:

- Lavanderia. Grazie alla gestione della biancheria degli ospiti riportata all'interno, la qualità percepita ha avuto un sensibile miglioramento, come da previsione.
- Cucina. Anche la cucina ha registrato una soddisfazione molto alta, addirittura del 100% nella sede centrale e 94,2 come media generale. E' un ottimo risultato a fronte di un grande impegno. anche questo va analizzato per coglierne i motivi e per ripetere e migliorare quanto di buono è stato fatto.

**NON CONFORMITA' DELL'ANNO 2021**



Nell'anno 2021 non c'è stata tanta attività di segnalazione "formalizzata" di non conformità. In ogni caso le poche segnalate possiamo dividerle in alcuni gruppi:

#### **Non conformità segnalate dalla cucina legate al ricevimento della merce.**

Rispetto agli anni precedenti sono state meno. In particolare si segnalano problematiche legate alla qualità della merce. Alla segnalazione tutte le ditte si sono dimostrate collaborative nel risolvere la non conformità.

#### **Non conformità segnalate dai reparti a carico della cucina.**

Anche queste non conformità hanno registrato una minore frequenza, questo grazie ad un'opera di aumento del dialogo tra il personale della cucina e quello dei reparti ed anche ad un aumento della qualità dei pasti dovuto all'introduzione di nuove tecniche di cottura.

#### **Non conformità legate al servizio lavanderia.**

Con la partenza della lavanderia esterna dei capi degli ospiti, fin dall'aprile del 2018 si sono verificate numerose segnalazioni di non conformità, da parte dei familiari, dovute in particolare ai seguenti motivi:

Cicli troppo lunghi di ritorno dei capi ritirati, in parte anche dovuto agli orari di ritiro/consegna troppo anticipati che non permettono il ritiro dei capi sporchi della mattina. Capi che vengono riconsegnati anche con ritardi a volte notevoli (qualche decina di giorni), calzini spaiati, alcuni capi rovinati, altri capi che sembrano non tornare, alcune consegne nelle sedi sbagliate.

La problematica è stata presa in carico fin da subito dall'Ente e dalla ditta incaricata che ha dato ampia disponibilità. Tuttavia non è stata risolta.

Con delibera n. 51 dell'11 novembre 2020 il CDA ha stabilito di far rientrare come servizio interno, la lavanderia per i capi degli ospiti, a decorrere dal mese di marzo 2021.

In effetti, dalla partenza del nuovo sistema non si sono più registrate non conformità.

#### **Altre segnalazioni più o meno formalizzate.**

Durante il 2021 ci sono state alcune richieste da parte di familiari, legate in particolare alla gestione delle visite o alla possibilità di portare fuori dalla struttura, a domicilio, gli ospiti per qualche evento. Le richieste sono state gestite cercando di sensibilizzare i richiedenti sui rischi e i benefici di tali azioni.

Alcuni familiari lamentano difficoltà a conferire con i medici. In questo caso l'organizzazione si è prestata e si presta per favorire il più possibile tali interscambi. Altre lamentele riferite ai medici sono relative al costo eccessivo per i certificati. Anche in questo caso l'organizzazione si è prestata per fare opera di sensibilizzazione.

Come è noto uno dei problemi principali del 2021 che si protrae anche ora, è quello della carenza di personale infermieristico dovuto in larga parte al massiccio reclutamento da parte delle aziende sanitarie, del quale si è avuto modo di discutere ampiamente con il CDA in occasione della delibera 34 del 02.07.2021 che ratificava l'Ordinanza n. 4/2021 ad oggetto: "emergenza infermieristica", e con la più recente delibera n. 39 del 31.08.2021 in occasione dell'approvazione del piano di fabbisogno del personale. Al momento la situazione si può definire abbastanza stabile, anche se comunque critica in relazione alla carenza generale, in quanto sono state acquisite due unità con l'ultimo concorso.

#### **PROSPETTO RISULTATI ATTESI 2021 CON INDICAZIONE DEGLI STANDARD**

**GLI OBIETTIVI PROPOSTI PER IL 2022 SONO I SEGUENTI (SUSCETTIBILI DI INTEGRAZIONI DURANTE L'ANNO)**

anno 2022	Processo	sotto processo	Servizio o Ufficio	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	STANDARD
1	Direzionale	Carta dei Servizi	RGQ	Sulla base dei dati sui monitoraggi dei primi dieci mesi dell'anno, elaborazione della proposta per l'anno successivo	data entro la quale predisporre la proposta di Carta dei Servizi, per l'anno successivo, per il CdA	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	30-apr-22	SI
2	Direzionale	rispetto standards	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con gli standard della Carta dei Servizi	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'85% degli standard	30-apr-22	SI
3	Direzionale	Prospetto risultati attesi	RGQ	Aggiornamento continuo dei servizi erogati dall'Ente	data entro la quale predisporre il Prospetto dei risultati attesi	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione nel sito dell'Ente	31 dic 2022	SI
4	Direzionale	raggiungimento risultati	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con il Prospetto dei risultati attesi	percentuale di risultati ottenuti, rispetto a quelli attesi	almeno l'85% dei risultati attesi	31 dic 2022	SI
5	Direzionale	Riesami della Direzione	RGQ	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione formalizzati	almeno 1 all'anno	31 dic 2022	SI
8	Direzionale	reportistica di controllo economico	AMM	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo)	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report trimestrale in contabilità economica	31 dic 2022	SI

9	Direzionale	reportistica di controllo occupazione posti letto	SOC	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	valutazione effettuata tramite apposita scheda	evidenza di una valutazione, da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del mese considerato	31 dic 2022	SI
10	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione di edifici e arredi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
12	Direzionale	controllo dati del personale	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report con dati relativi al Personale impiegato	cadenza mensile dei report forniti a 15 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report mensile	31 dic 2022	SI
13	Ammissione e Ingresso	colloquio pre-inserimento	SOC	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento	tempo entro il quale effettuare il colloquio (data da apporre sul Mod)	almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti	31 dic 2022	SI
14	Ammissione e Ingresso	visita medica iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella effettuazione della prima visita medica, con valutazione parametri vitali	data entro la quale effettuare la visita	entro 48 ore dall'ingresso, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
15	Progettazione personalizzata	progettazione iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI

17	Progettazione personalizzata	relazione con i familiari	SOC	Adeguatezza e celerità nella comunicazione ai familiari degli obiettivi del PAI, definiti in UOI a cura dell'Assistente Sociale o del Responsabile di Area	data entro la quale effettuare la comunicazione, con l'ausilio della figura amministrativa di reception	entro 30 giorni dalla stesura, in UOI, nel 95% dei casi, con specifica rilevazione del consenso a 20 giorni dalla ricezione	31 dic 2022	SI
19	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	prevenzione lesioni decubito	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio	10% massimo imputabile all'Ente, desumibile anche in itinere da un monitoraggio oggettivo	31 dic 2022	SI
20	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	preparazione farmaci	CORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nel blister su N controlli, verso scheda terapia	almeno il 98%, come desumibile dalla letteratura	31 dic 2022	SI
21	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bisogni assistenziali	OSS	Adeguatezza e celerità nella compilazione della scheda assistenziale a pittogrammi, da parte dei Coordinatori Nucleo	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva dei bisogni dell'ospite, da parte del Coordinatore di Nucleo	entro 15 giorni dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
22	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione del dolore	COORD	Adeguatezza e celerità della valutazione del dolore, sia all'ingresso, sia a seguito delle evoluzioni del singolo caso	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva del dolore, da parte dell'IP, con la collaborazione dell'OSS	entro 1 giorno lavorativo, dall'ingresso o dalla specifica comunicazione da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI

23	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bagno assistito	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 8 giorni con anziani e 2 volte a settimana con disabili, nel 95% dei casi, con evidenza	31 dic 2022	SI
24	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione potenzialità riabilitative	FKT	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale del FKT, in ingresso e non, con i necessari ausili	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT	entro 1 settimana, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI
25	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	intervento riabilitativo	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi	31 dic 2022	SI
26	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio ristorazione	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 80% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
27	Tecnico-alberghiero-benessere	servizio parrucchiere/a	EDU	Adeguatezza e sistematicità nell'erogazione del servizio di parrucchiere/a, su richiesta e a pagamento	numero di tagli e acconciature	1 taglio e piega almeno 8 volte l'anno nel 95% dei casi, più 1 volta al mese in privato	31 dic 2022	SI
28	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione parenti e ospiti	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di parrucchiera	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	SI

29	Monitoraggio	soddisfazione parenti e ospiti	RGQ	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti dei servizi erogati, complessivamente intesi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	SI
30	Monitoraggio	verifiche interne	RGQ	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	numero di verifiche interne per i sottoprocessi del SQ dell'Ente	1 ogni 6 mesi, per almeno il 60% dei sottoprocessi individuati	31 dic 2022	SI
31	Monitoraggio	gestione del prodotto non conforme	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione delle non conformità protocollate	tempo tra data rilevazione NC e data comunicazione AC o AM	entro 20 giorni dalla data di protocollo, nel 90% dei casi	31 dic 2022	SI
33	Monitoraggio	Gestione dei reclami fondati	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 20 giorni, nel 100% dei casi	31 dic 2022	SI
34	Monitoraggio	gestione della contenzione	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei monitoraggi riguardanti le contenzioni, con specifica evidenza scritta, per casi specifici	aggiornamento delle scheda presente nel SW CBA	almeno ogni 6 mesi, in concomitanza con la revisione del PAI	31 dic 2022	SI
37	Direzionale	soddisfazione verso servizio ragioneria	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio di ragioneria	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI

38	Direzionale	soddisfazione verso servizio segreteria-URP	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio segreteria-URP	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 90% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
39	Direzionale	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
40	Direzionale	soddisfazione verso servizio infermieristico	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
41	Direzionale	soddisfazione verso servizio riabilitativo	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI
42	Direzionale	soddisfazione verso servizio animativo	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	SI

18	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	controllo stato di salute	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella programmazione ed esecuzione di una visita medica, con valutazione parametri vitali, per tutti i clienti	visita medica programmata ed eseguita nell'arco di ogni mese	almeno 1 visita mensile programmata ed eseguita, nel 100% dei casi	31 dic 2022	NO
16	Progettazione personalizzata	progettazione periodica	SOC	Adeguatezza e celerità nella revisione del Progetto Assistenziale Individualizzato dei clienti	data entro la quale effettuare la revisione, con la SVM interna, del PAI precedente	entro 6 mesi dalla valutazione SVM interna, nel 95% dei casi, o comunque nel mese di scadenza	31 dic 2022	NO
36	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio pulizia ambientale	COORD	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della pulizia e dell'ordine della stanza degli ospiti	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 95% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2022	NO
32	Monitoraggio	Soddisfazione dipendenti e collaboratori	TUTTI	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno il 65% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2022	Attività sospesa in periodo Covid – da riprendere
43	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Aumentare il numero di trattamenti sui pazienti singoli esterni	Numero trattamenti anno	4.000 trattamenti anno	31 dic 2022	VARIABILE IN PERIODO COVID
44	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Pilates con esterni	Numero incontri anno	35 incontri anno	31 dic 2022	SOSPESOI N PERIODO COVID
45	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Ginnastica di gruppo con esterni	Numero incontri anno	20 incontri anno	31 dic 2022	SOSPESO IN PERIODO COVID



46	Amministrativi	Puntualità nell'emissione delle fatture	AMM	Rispettare il ciclo fatture come da regolamento	tempi di emissione del corpo principale della sede centrale.	entro il n di gg previsti da regolamento	31 dic 2022	RIVISTO
47	Amministrativi	Aggiornare la modulistica in materia di Privacy	AMM	Sistemare e aggiornare negli archivi informatici tutta la documentazione privacy afferente i vari uffici	Percentuale moduli archiviati	100% per ogni ufficio.	31 lug 2022	NUOVO
48	Amministrativi	Puntualità pubblicazioni amministrazioni e trasparente	AMM	Registrazioni obbligatori su amministrazione trasparente	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti	100% per ogni ufficio.	costante	NUOVO

Si propone inoltre AD OGNI RESPONSABILE di valutare se e' possibile individuare almeno un N. 1 obiettivo misurabile "nuovo" o ulteriore per ogni parametro che ha manifestato margini di miglioramento a livello di percezione.

#### **REVISIONI DEL SISTEMA E DEL MANUALE DELLA QUALITA'**

Si propone nel prossimo periodo, compatibilmente con l'andamento dell'epidemia, e comunque superata l'emergenza, la revisione dell'intero corpo documentale contenuto nel sistema di qualità, per verificare se necessitino aggiornamenti ai documenti più datati.

#### **RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEI VARI GRUPPI DI LAVORO (performance organizzativa)**

N OBIETTIVI	FIGURA/SERVIZIO	P e pp	NC	%P e pp
8	RGQ – responsabile della qualità	8	0	100
26	COORD (comprende obiettivi degli IP – ass. sociale, OSS, cucina, fkt, educatori)	25	2	92
5	AMMINISTRATIVI	5	0	100
4	ASISTENTE SOCIALE	4	0	100
3	OSS	3	0	100
1	INFERMIERI	1	0	100
1	CUCINA	1	0	100
1	MANUTENZIONE	1	0	100
2	FKT	2	0	100

3	EDUCATORI	3	0	100
---	-----------	---	---	-----

Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi a livello di gruppi di lavoro, dato valido per la misurazione della performance organizzativa, si ritiene che i livelli raggiunti siano stati soddisfacenti tenendo conto della particolare anomalia dell'anno che si è andato a valutare. Buone anche le performance attribuite al coordinatore dei servizi titolare di posizione organizzativa, che raccoglie anche gli obiettivi dei gruppi coordinati. La media è elevata.

## ALLEGATO D – GRIGLIA VALUTAZIONE TRASPARENZA

Amministrazione	FONDAZIONE DON MOZZATTI D'APRILI	Tipologia ente	Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB)	Comune sede legale	Monteforte d'Alpone	Codice Avviamento Postale (CAP) sede legale	37032			
Codice fiscale o Partita IVA	00672400231	Link di pubblicazione	<a href="https://one33.robbyone.net/home.aspx?cid=129">https://one33.robbyone.net/home.aspx?cid=129</a>	Regione sede legale	Veneto	Soggetto che ha predisposto la griglia	RPCT			
Griglia di rilevazione	2.1.A	ALLEGATO 2.1 ALLA DELIBERA N. 201/2022 - GRIGLIA DI RILEVAZIONE AL 31/05/2021 PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DI CUI AL § 1.1.			PUBBLICAZIONE	COMPLETEZZA DEL CONTENUTO	COMPLETEZZA RISPETTO AGLI UFFICI	AGGIORNAMENTO	APERTURA FORMATO	Note
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempo di pubblicazione e/ Aggiornamento	Il dato è pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale? (da 0 a 2)	Il dato pubblicato riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative? (da 0 a 3)	Il dato pubblicato è riferito a tutti gli uffici? (da 0 a 3)	La pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati? (da 0 a 3)	Il formato di pubblicazione è aperto o elaborabile? (da 0 a 3)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della rag	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	2	2	3	3	3

		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate a	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	2	2	3	3	3
<b>Enti controllati</b>	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione e abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				Per ciascuno degli enti:						
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione e detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubb	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				Per ciascuno degli enti:						
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione e semestrale)	2	3	3	3	3
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta,	Trimestrale (in fase di prima attuazione e semestrale)	2	3	3	3	3

				all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari						
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	2	3	3	3	3
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Art. 99, co. 5, d.l. 18/2020	Rendicontazioni erogazioni Covid-19	Rendicontazione delle erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza Covid-19	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della Corruzione</b>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del	Annuale	2	3	3	3	3



				2012, (MOG 231)							
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	2	3	3	3	3	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	2	3	3	3	3	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	