**COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO**
**Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa"**

**2023-2025**

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione

# COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO
# Istituzione Casa di Riposo "A.Penasa"

**1^ Sezione di programmazione**

## SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

**Denominazione:** Comune di Valli del Pasubio – Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa"

**Sede legale**: 36030 Valli del Pasubio – (VI) – Via San Rocco, 1

**Telefono**: 0445-630955

**Sito istituzionale**: www.istituzionepenasa.it

**E-mail**: direzione@istituzionepenasa.it

**PEC**: cdrpenasa.comune.vallidelpasubio.vi@pecveneto.it

**Codice fiscale**: 00398190249

**Partita IVA**: 00398190249

**2^ Sezione di programmazione**

**sottosezione 2.1**

# VALORE PUBBLICO

Il valore pubblico dell’Ente si estrinseca nell’erogazione di un adeguato livello, secondo lo specifico bisogno, di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera rivolta a persone di norma anziane, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti non curabili a domicilio.
Per la creazione del valore pubblico, la strategia dell’Ente è improntata al raggiungimento dei seguenti target:

- produrre risultati oggettivamente validi per gli stakeholder, cosiddetti “portatori di interessi” nei confronti dell’organizzazione;
- intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo;
- la qualità del servizio erogato e la legittimazione nei confronti degli stakeholder.

**sottosezione 2.2**

# PERFORMANCE

## Premessa

Gli Enti Locali non risultano diretti destinatari delle norme di cui al D.Lgs. 150/2009 e alle modifiche di cui al D.Lgs. 74/2017, non sono obbligati alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione ma rientrano fra gli Enti locali soggetti all'adeguamento dei loro ordinamenti pur nell'autonomia organizzativa e regolamentare che li caratterizzano.
Ciò premesso, questa Amministrazione nell'ambito della propria autonomia statutaria e regolamentare, ha adottato, con delibera CdA 4 del 31/01/2022, il Piano delle Performance per l'anno 2022. Successivamente, con delibera CdA 23 del 23/11/2022 nella quale si approvava per la prima volta il PIAO, nella sezione performance venivano riproposti ed approvati i parametri contenuti nella delibera nr 4 attualmente utilizzati per la valutazione dei risultati individuali.
Il presente documento soddisfa quanto richiesto dall'Azienda Ulss n. 7 in tema di rinnovo delle procedure di accreditamento (L.R.22/2002 - Dgr 84/2007) che prevede la creazione di modelli di programmazione e di rendicontazione degli obiettivi in un Ente inserito nel sistema autorizzativo Regionale, **adottati con il sistema qualità dal 2008 ed annualmente approvati con delibera CdA dal 2010 che predispone i risultati attesi e ne valuta gli esiti a consuntivo**.
Lo schema viene rivalutato ogni anno con l'assistenza del RAQ responsabile della qualità.

## Analisi del contesto

Gli obiettivi del piano della performance debbono necessariamente inserirsi in un contesto operativo Socio Sanitario in profondo mutamento negli ultimi anni e che fa riferimento alla nascita della nuova Ulss n°7 Pedemontana a seguito dell'accorpamento delle due pregresse Ulss n°4 e Ulss n°3.
Si precisa che il sistema di gestione delle impegnative di residenzialità, favorisce anche gli spostamenti fuori ULSS, nell'intento di rispondere meglio al principio della libera scelta dell'utente.
In questo scenario di ormai evidente concorrenzialità fra strutture, strategica è la capacità dell'Ente di offrire un buon rapporto fra tariffazione e qualità dei servizi offerti all'utenza, aspetto che ha contraddistinto l'attività dell'Istituzione.
In questo contesto, l'Ente si è dotato di un moderno organigramma, in linea con gli standard regionali di cui alla DGR 84/2007.

## Criteri di pesatura degli obiettivi

Il presente Piano della Performance è valevole per il triennio 2023-2025 e 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. 27 del 01/10/2018.
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.

In relazione alla complessità ed eterogeneità degli obiettivi dell'Ente, è stato elaborato un metodo di valutazione analitico per punteggio, in base ad un'autovalutazione da parte del dipendente discussa con il responsabile di area.

La pesatura ha per oggetto gli obiettivi individuati nel Piano della *performance* ed è effettuata sulla base di una valutazione motivata in base ai seguenti criteri:

| Istituzione Casa di Riposo "A.Penasa"<br>Via S. Rocco, 1 – 36030 VALLI DEL PASUBIO (VI) | | | | CHECK LIST MONITORAGGIO SUGLI OBIETTIVI | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Data emissione: 01/06/2021 | | | | **Rev.03 Approvazione Gennaio 2023** | | |
| **n°** | **FUNZIONE COINVOLTA** | **PROCESSO** | **OBIETTIVO** | **INDICATORI** | **Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA** | **Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale** |
| **1** | **DIREZIONALE** | rotazione personale nel periodo | verificare la quantità di personale entrato in attività/avvicendamento, nel periodo al fine di verficarne i requisiti /formazione/affiancamento | 90% documentati ingresso personale | MO.DIR.06.01 e MO.DIR.06.05 | Numero dei nuovi ingressi lavorativi nei primi 6 mesi anno Coop.(nomi)+ Altro |
| **2** | | verifica obiettivi standard | Sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli **standard** dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo. | entro il 28 febbraio di ogni anno | Delibera CDA su obiettivi Standard riassuntivi MO.03.04 | |
| **3** | | emissione annuale carta servizi | raggiungimento quanto previsti **carta dei servizi** | Regolamenti disposizioni, istruzioni, modulistica registrazioni, risultati raggiunti in merito al grado di conoscenza della carta dervizi | Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari | almeno 80% di conoscenza **personale** carta servizi<br>conoscenza Carta Servizi 80 %su 25% ospiti e/o famigliari (tramite questionario/consegna) |
| **4** | | Emissione obbiettivi startegici di miglioramento | Miglioramento continuo dei **servizi erogati** , tramite valutazione **Obbiettivi Strategici** | entro il 28 febbraio di ogni anno e sul monitoraggio annuale | PQ.MO.01.01- PRG 01.01 | 90 % obiettivi raggiunti su standard definiti |
| **5** | | programma annuale verifiche e monitoraggio | attiuazione delle verifiche ispettive interne | 100% delle V.I programmate secondo programma definito dall'amministrazione | MOD.DIR.03.01 - 03.02 - 03.03 -03.04 - 03.05 | 100% su 39 indicatori e 4 funzioni di area |
| **6** | | redazione programma formazione e politiche di affiancamento formativo,e consegne | Redazione annuale del programma di formazione sul sistema qualità e sicurezza | almeno 40% della formazione programmata nel monitoraggio , e 80% di formazione in fase consuntiva. | MOD.DIR.06. 06.01-02 -03 -04 | %formazione programma sistema qualità<br>%formazione programma sistema sicurezza dec.81<br>%formazione rischio clinico |
| | | | Registrazione formazione del personale e adeguati passaggi consegne nel caso di sostituzione del personale per periodi superiori a 15 giorni. Comprensiva servizi esterni come cucina e Coop Servizio. | almeno 90% sulla formazione e sulle consegne sostituzione o ferie del personale in rotazione , compreso servizi esterni. | MOD.DIR 06.01- 06.05 | % registrazione modulo di sostituzione<br>registrazione argomenti formazione controfirmata<br>documentazione nuove rotazioni/assunzioni presenze compreso servizi cucina e COOP |

| n° | FUNZIONE COINVOLTA | PROCESSO | OBIETTIVO | INDICATORI | Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA | Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | | Progettazione personalizzata ospiti PAI | Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite - | PAI entro 45 giorni dall'ingresso, 100% ospiti arrivati in ordine di data all'anno. | MOD.AS.03.05 - MOD.AS.03.06 - | 8 ospiti per monitoraggio semestrale con PAI entro 45 giorni ingresso |
| | | | | | | informativa famigliari entro 30 giorni PAI |
| 8 | | Trak | | almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale | Calendario PAI - UOI - SVAMA TRAK AS.03.07 | 100% ospiti valutati |
| 9 | | Colloquio di ammissione Inserimento assegnazione camere | Al colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso. | consegna scheda informativa in fase inserimento | PQ.AS.01.09- Consegna carta Servizi | 100% ospiti valuati |
| | | | | all'ingresso nel 100% dei casi, esclusi quelli urgenti. | PQ.AS .01.02 - 01.05. | verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale |
| | | | assegnazione camera e tracciabilità corretta dell'ospite negli spostamenti interni | ad ogni ingresso | MOD.AS..01.06 | verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale |
| | | | Gestione documentazione PRIVACY | modulo sottoscritto all'ingresso | MOD.AS.01.09 | verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale |
| 10 | ASSISTENTE SOCIALE | Assistenziale | Adeguatezza e sistematicità nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici, definiti in PAI nel UOI | almeno il 60% del totale degli obiettivi PAI definiti in UOI | PQ.AS.03.03- PQ.AS.03.04 | verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale |
| 11 | | Assistenziale | Adeguatezza e celerità nel comunicare agli ospiti e ai famigliari degli obiettivi dal PAI da parte della direzione / AS | verifica data entro la quale effettuare la comunicazione del PAI sul 25 % ospiti | PQ.AS.03.06 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| 12 | | Socio-animativo | Progettazione di animazione agli ospiti | almeno una nuova all'anno | obiettivi carta servizi | Verificare attività nuove |
| | | | Adeguatezza e regolarità nel festeggiamento dei compleanni | entro il mese pertinente, al 100% | Registrazione su CBA | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| 13 | | Socio-animativo | valutazione sull'ospite degli aspetti sociali, elaborando degli obiettivi animativi, utilizzando “Valutazione Animativa di Ingresso" entro 1° UOI. | Le presenze degli ospiti alle attività (coi rispettivi nomi e cognomi) vengono monitorate , viene aggiornato ad ogni fine attività ,descritte sul CBA. | Registrazione su CBA - il MOD.04.01 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | | Coinvolgimento nelle attività animative secondo gli aspetti sociali di valutazione | almeno che prevede 2 attività settimanali. | PQ.AS.04. Procedura Socio Animativa punto 4 | |
| 14 | RESPONSABILE SOCIO SANITARIA | Sanitario | Attuvità LOGOPEDISTA | registrazione attività specificihe | MOD.RASS.02.08 | Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | | Scheda segnalazione e analisi per il sistema incident reporting | Idratazione/scariche | MOD.RASS.02.06 - 07 | |
| | | | | pressione - Dolore - ECG -Colostomia | Registrazione su CBA | |
| | | | | Scheda allertamento incident reporting. | | |
| 15 | | Sanitario | verifica programma farmacolico di entrata /in uso e quanto riportato in scheda farmaci e somministrazione giusto ospite | 100% delle informazioni | modulo RASS.03.01 TRAK ulss | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | Sanitario | Gestione situazioni particolari, degli ospiti es: STOMIE - OSSIGENOTERAPIE - TRATTAMENTO DOLORE - SCG cardiaca - trattamenti su campione **e conoscenza procedure** | verificare procedure e conoscenza applicazione | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sanitario | Ossigeno terapia e relativa registrazione attrezzatura modulo | verificare procedura e registrazione strumenti e trattamenti | | |
| | | Sanitario | gestione situazioni particolari, degli ospiti es: stupefacenti clicemie , tempi e trattamenti | registrazione attività specificihe | DIARIO infermieristico | |
| **16** | | Sanitario | Adeguata e sistematicità nella programmazione delle visite mediche mensile per ogni ospite | 100% delle informazioni | modulo RASS.02.03 (programma mensile) | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **17** | | Sanitario | Attrezzature emergenza | defibrillatore controllo | MOD.RASS.04.05 | 100% giornaliero |
| **18** | | Sanitario | Controllo farmaci | verifica scadenza farmaci e Carrello emergenza Farmaci | MOD.RASS.03.01 - | 100% su verifiche mensili |
| | | | Adeguatezza e celerità nel controllo dei parametri vitali, per tutti gli ospiti, e inserimento completo nel programma CBA. | Almeno una volta al mese per ogni cliente, nel 100% dei casi | Introduzione dei dati su gestionale CBA | temperatura / scariche - pressione - indice peso - disidratazione |
| **19** | **RESPONSABILE SOCIO SANITARIA** | Sanitario | Tracciabilità ospiti camere e letti | corrispondenza MO.AS.01.06 con reparto | etichette letti comodini ospiti | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | | Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione | nessuna lesione imputabile all'Ente, pari o superiore al 2° stadio nel 90% dei casi | RASS.O1.01 - Registrazione su CBA | |
| **20** | | Sanitario-Riabilitativo | Utilizzo Ausili e valutazione ergonomica | **Regolare assegnazione ausili** | MO.07.03 Elenco ausili opsite | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **21** | | Sanitario-Riabilitativo | adeguatezza e risultati della attività fisioterapeutica | verifica attivitità almeno 50% degli ospiti | verifica miglioramento in UOI mensile | |
| **22** | | Sanitario-Riabilitativo | Adeguatezza e celerità nella gestione dell'intervento riabilitativo | Tempo che intercorre tra la data di valutazione e inizio dell'intervento, quando pertinente | entro 3 giorni per valutazione - entro 7 giorno lavorativo, nel 90% dei casi per inizio attività, con segnalazione rifiuto dell'ospite | rifiuto ospite (si/no)<br>8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **23** | **AREA ALBERGHIERA E BENESSERE** | Alberghiera e benessere | Adeguatezza e celerità alzate e nell'assunzione della colazione | entro le ore 9, nel 90% dei casi | Allegato 03 MOD ReAB.01.01 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **24** | | Alberghiera e benessere | tracciare la movimetazione interna degli ospiti , cambio stanze e relativo aggiornamento | regsitrazione 100% dei casi | MOD.AS.01.01 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **25** | | Alberghiera e benessere | Adeguatezza della presenza dell'ausilio per l'incontinenza degli ospiti | controlli con esito positivo, in almeno il 90% dei casi | Piano gestito da ditta esterne. Verificare il rispetto dell'applicazione del prospetto ditta per ogni ospite | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| **26** | | Alberghiera e benessere | Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno. | entro 9 giorni, nel 80% dei casi | Allegato 05 ReAB.03 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |

| n° | FUNZIONE COINVOLTA | PROCESSO | OBIETTIVO | INDICATORI | Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA | Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | AREA ALBERGHIERA E BENESSERE | Alberghiera e benessere | Adeguatezza e costanza nella pulizia delle camere e dei bagni degli ospiti | almeno 1 al giorno, nel 90% dei casi | Allegato 04 ReAB.03 | armadi ordinati |
| | | | | | | camere struttura |
| | | | | | | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | | Adeguatezza e costanza nel cambio della biancheria piana del letto | entro 9 giorni, nel 80% dei casi | Allegato 02 ReAB.03 | 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale |
| | | | identificazione abiti - qualità servizio - tempi restituzione biancheria max 4 giorni. | 80% ospiti su 8 monitoraggio | Allegato 01 ReAB.03 | attività lavanderia |
| 28 | | HACCP RISTORAZIONE E CUCINA | Mantenere effeciace e idoneo il servizio di ristorazione e l'igiene delle attrezzature /aree alimentari | 90% delle conformità sul totale delle registrazioni | MOD. ReAB 01.01 | controllo ristorazione |
| | | | | | MOD. ReAB 01.02 | pulizia cucina frigo 1 piano |
| | | | | | MOD. ReAB 01.03 | pulizia cucina frigo 2 piano |
| | | | | conformità almeno 80% su monitoraggio effettuato | Concordato modulo 02.01 | attività cucina esterna |
| 29 | AREA TECNICA MANUTENZIONI | Responsabile area Tecnica | Piano di manutenzione | 90% delle scadenze descritte nello **scadenzario** | gestionale - Manutenzione su registrazione AUSILII FK | MO.ReAT.01,03 |
| 30 | | Responsabile area Tecnica | Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria, prevenienti dai reparti | entro 9 giorni, nel 90% dei casi | MOD. ReAT.01.01 | |
| 31 | | Responsabile area Tecnica | valutazione a campione della qualifica dei fornitori di materiali e di servizi tramite questionario compilato. | almeno 80% dei questionari o qualifica sul totale dei fornitori | MOD.ReAT.02.01 | valutazione 3 fornitori |
| | | Responsabile area Tecnica | mantenere gli ausilii degli ospiti in uno stato di sicurezza e fruibilità | **Verifica manutenzione ausilli** | MO.Re.AT.01.03 e RASS.FKT.07.03 | 100% su ospiti |
| 32 | Re.AT. | Responsabile area Tecnica | valutazione annuale sulla qualità del servizio svolto, registrata su apposita modulistica di qualifica , evidenziando eventuali non conformità | verifica tempi intervento regole contrattuali osservate. Non conformità <2 sul totale attività svolta | MOD.ReAT.02.02 | valtazione totale dell'elenco |
| 33 | DIREZIONALE - GESTIONALE | Gestionale | Adeguatezza e celerità nella individuazione/rcepimento delle non conformità e nella gestione della loro risoluzione. | entro 15 giorni, nel 90% dei casi | MOD.DIR.05.01 - MOD.DIR.05.02 | |
| 34 | | Gestionale | Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati | entro 30 giorni, nel 100% dei casi | MOD.DIR.05.03 | |
| 35 | | Gestionale | Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro (interno) | media di almeno il 70% sul totale dei questionari compilati integralmente | MOD.DIR.06.06 | |
| 36 | | Gestionale | Documento di consegna carta dei servizi e consenso a parenti/opsiti | 100% consegne registrate | Carta dei Servizi - MO-AS.01.09 e MO.AS.03.02 | |
| | | | Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio, complessivamente inteso parenti e ospiti | media di almeno il 70% sul totale dei questionari compilati integralmente | MOD.DIR.06.07 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **37** | | Gestionale | Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne | 2 volte anno 100% delle verifiche programmate e redatte nei tempi programmati | MOD.DIR.03.01 | |
| **38** | | Gestionale | Adeguatezza e celerità nella programmazione e gestione della socializzazione degli esiti delle verifiche interne, dei monitoraggi e delle rilevazioni tramite questionari | almeno 1 volta all'anno tramite il sito dell'Ente o tramite incontri collettivi o mirate informazioni scritte | comunicazione tramite sito o incontri collettivi familiari ospiti lavoratori | |
| **39** | | Gestionale | Applicazione del piano di formazione personale redatto annualmente in fase di riesame della direzione. | Valutazione di formazione specifiche, o su richieste del personale singolo o di gruppo | MOD.DIR.06.05 o su supporto informatico - MOD.DIR.06.02 e 2 bis | |

## VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI E PREMIALITA’ CONNESSA ALLA PARTE VARIABILE DEL FONDO RISORSE DECENTRATE 2023-2024-2025.

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, ai fini della premialità per il triennio 2023-2025, da erogarsi a consuntivo, si mira all’adozione dei seguenti due criteri, ciascuno dei quali avente un peso diverso in merito alla prevista premialità annuale, come determinata dalla parte variabile residua del Fondo dell’anno di riferimento:

1. 80% in riferimento alla performance individuale: la valutazione viene riferita alla scheda approvata nel 2009;
2. 20% in riferimento alla performance organizzativa: il grado di raggiungimento dei risultati definiti con il Prospetto dei Risultati attesi per gli anni 2023, 2024 e 2025, valevoli per tutte le figure professionali operanti nell’Ente, al netto di un’adeguata valutazione delle Non Conformità oggettivamente non imputabili ai soggetti responsabili;

Gli obiettivi assegnati al Direttore definiti dai punti dal 1 al 6 e dal nr 33 al 39 dei risultati attesi o con altro provvedimento del Consiglio di Amministrazione;

I titolari di indennità di responsabilità hanno ulteriori propri obiettivi ai fini dell’erogazione della loro specifica indennità, come definita dal Contratto Decentrato Integrativo vigente e come finanziata dal Fondo dell’anno di riferimento;

I turnisti hanno specifiche valorizzazioni economiche, finanziate con il Fondo dell’anno di riferimento, ai fini della premialità in caso di rientro in servizio dal turno di riposo e in caso di cambio turno richiesto dall’Ente per esigenze di servizio, come definite dal Contratto Decentrato Integrativo vigente;

Ai fini dell’attribuzione delle progressioni economiche orizzontali, nella misura concordata in delegazione trattante, esse saranno possibili solo ai dipendenti che nel triennio antecedente la potenziale attribuzione avranno ottenuto una percentuale uguale o superiore al 70% del risultato massimo possibile, con i criteri adottati per ciascun anno.

**sottosezione 2.3**

# RISCHI CORRUTTIVI - TRASPARENZA

## VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno, quale processo conoscitivo in grado di fornire una visione integrata della situazione in cui l'Amministrazione opera, delinea gli assetti territoriali, economici e sociali che costituiscono l'ambito di governo e di intervento nel territorio. Consente di stimare le potenziali interazioni e le sinergie con i soggetti coinvolti nelle diverse attività, sia in modo diretto che indiretto, di verificare i punti forza e i punti di debolezza dell'organizzazione, di verificare i vincoli e le opportunità offerti dall'ambiente di riferimento. Consiste, pertanto, nell'insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale che possono avere natura politica, economica e sociale che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti dell'organizzazione e indistintamente di tutti gli attori del sistema su cui tale organizzazione si colloca.
L'analisi del contesto esterno si avvale dei dati contenuti nella "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" per l'anno 2018 (ultimo disponibile), presentata dal Ministro dell'Interno e reperibile nel sito della Camera dei Deputati, dalla quale emerge che nelle Province di Vicenza e Padova, 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.

## VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

La struttura organizzativa dell'Ente è articolata come descritto nella sezione 3.1.
Si riporta, nel prospetto che segue, la dotazione organica effettiva e la consistenza del personale al 01.01.2023:

| Categoria / Pos.Giur. | N. dipendenti | Di ruolo | Non di ruolo |
|---|---|---|---|
| **Dirigenti** | 0 | 0 | 0 |
| **D3** | 1 | 1 | 0 |
| **D1** | 1 | 1 | 0 |
| **C** | 4 | 3 | 1 |
| **B3** | 1 | 1 | 0 |
| **B1** | 15 | 14 | 1 |
| **A** | 0 | 0 | 0 |

Nell'ambito di vigenza dei precedenti Piani non è stato registrato alcun caso di azioni giudiziali o di procedimenti disciplinari in materia di corruzione.

## IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

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

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione del rischio.

### 1.1 – Attività con rischio elevato di corruzione

1.1.1 - Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
1.1.2 - Selezione di personale;

1.1.3– Progressioni di carriera del personale dipendente.

Uffici e Servizi coinvolti
1.1.1 – Ufficio Economato e Ragioneria
1.1.2 – Ufficio Personale.

## 1.2 –Attività con rischio non elevato di corruzione

1.2.1 – Procedure di accesso a servizi a regime residenziale.

L'accesso a servizi a regime residenziale o semiresidenziale, per anziani non autosufficienti, viene gestito mediante procedure normate dalla Regione Veneto e gestite dalla Ulss territorialmente competente.
L'accesso a servizi a regime residenziale non gestito dall'Ulss (anziani autosufficienti, ospiti in regime c.d. "privatistico") 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 corruttela.

# 3 – Rendicontazione al responsabile della prevenzione

## 3.1 – Rendicontazione a richiesta

Su semplice richiesta del Responsabile anticorruzione, il responsabile di ciascuna Area/Servizio/Ufficio è tenuto a fornire informazioni su qualunque atto rientrante tra le attività a elevato rischio di corruzione (punto 1.1).

## 3.2 – Rendicontazione periodica

Con cadenza semestrale, il responsabile di ciascuna Area/Servizio/Ufficio che gestisce attività a rischio elevato di corruzione (punto 1.1) fornisce le informazioni sui processi decisionali, anche al fine di monitorare il rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti nonché eventuali legami di parentela o affinità con i contraenti o con gli interessati dai procedimenti.

In particolare:

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture
Per ogni procedura di importo superiore a € 40.000,00: cronoprogramma, numero di soggetti invitati, numero di offerte, eventuali legami di parentela o affinità con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

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

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

Il monitoraggio di eventuali legami di parentela o affinità dei contraenti o comunque delle persone interessate ai procedimenti con il personale dell'Area/Servizio/Ufficio preposto viene effettuato mediante la raccolta di apposite dichiarazioni scritte del personale medesimo.

L'analisi del rischio
Per ogni rischio individuato devono essere individuati i fattori abilitanti, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione (le c.d. cause degli eventi rischiosi nel PNA 2015). In tale fase è fondamentale il coinvolgimento della struttura organizzativa coinvolta nei singoli processi. È necessario, conseguentemente, stimare la probabilità che l'evento rischioso si verifichi e, nel caso, il conseguente impatto per l'Amministrazione. Per stimare il livello di esposizione

al rischio si è scelto l'approccio valutativo di tipo qualitativo, ossia determinazione del livello di esposizione al rischio in base a motivate valutazioni su specifici criteri, denominati "indicatori di stima", che di seguito si riportano:

1. livello di interesse "esterno";
2. grado di discrezionalità;
3. manifestazione di eventi corruttivi in passato o di condanne per responsabilità patrimoniale (riferimento quinquennio precedente);
4. livello di trasparenza e di tracciabilità;
5. grado di attuazione delle misure di trattamento già previste per il processo;
6. livello di coinvolgimento di più soggetti nel processo decisionale.

Per ogni criterio si effettua una misurazione motivata del livello di esposizione al rischio con applicazione di una scala di misurazione ordinale (alto = 4, medio = 3, basso = 2, nullo = 1), applicando criteri di ragionevolezza ed evitando sottostime del rischio.
L'indice di rischio complessivo avrà quindi valori compresi tra 6 e 24, che si possono suddividere nelle seguenti fasce:

- da 6 a 10 punti = NULLO
- da 11 a 15 punti = BASSO
- da 16 a 20 punti = MEDIO
- da 21 a 24 punti = ALTO

<u>La ponderazione del rischio</u>
L'analisi svolta permette di classificare i rischi emersi in base al livello di stima assegnato. Conseguentemente gli stessi sono confrontati e soppesati (c.d. ponderazione del rischio) al fine di individuare quelli che richiedono di essere trattati con maggiore urgenza e incisività.

## IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il processo di "gestione del rischio" si conclude con il "trattamento". Il trattamento consiste nel procedimento "per modificare il rischio". In concreto, la fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.
Talvolta l'implementazione di una misura può richiedere delle azioni preliminari che possono a loro volta configurarsi come "misure" nel senso esplicitato dalla definizione di cui sopra. Ad esempio, lo stesso P.T.C.P. è considerato dalla normativa una misura di prevenzione e contrasto finalizzata ad introdurre e attuare altre misure di prevenzione e contrasto.
Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione; esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione. Talune misure presentano poi carattere trasversale, ossia sono applicabili alla struttura organizzativa dell'ente nel suo complesso, mentre altre sono, per così dire, settoriali in quanto ritenute idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

## MONITORAGGIO DELLE MISURE

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica sia dello stato di attuazione delle misure adottate sia dell'efficacia delle stesse e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione. Il controllo e il monitoraggio riguardano tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare i rischi emergenti, identificare i processi organizzativi eventualmente tralasciati in fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

## TRASPARENZA

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.
Il D.lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal D.lgs. 97/2016, sopprime l'obbligo di adottare il programma triennale per la trasparenza e l'integrità e stabilisce la sua confluenza in un'apposita sezione del PTPCT.
La trasparenza è misura cardine dell'intero impianto anticorruzione. Infatti, secondo l'art. 1 del D.lgs. 33/2013, *"la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*.
L'art. 10, comma 3, dispone che *"la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali"*.

### Strumenti della trasparenza

La trasparenza è assicurata, in particolare, attraverso i seguenti strumenti:

- **sito istituzionale**;
- sezione del sito istituzionale denominata **"Amministrazione trasparente"**;
- **accesso civico**: l'art. 5, comma 1, del D.lgs. 33/2013, come sostituito dal D.lgs. 97/2016, dispone che *"l'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione"*. Inoltre, il comma 2, dell'art. 5 dispone che *"allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione" obbligatoria ai sensi del D.lgs. 33/2013. La norma attribuisce ad ogni cittadino il libero accesso ai dati elencati dal decreto 33/2013, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ed estende l'accesso civico ad ogni altro dato e documento ("ulteriore") rispetto a quelli da pubblicare in "amministrazione trasparente". L'accesso civico "potenziato" investe ogni documento, ogni dato ed ogni informazione delle pubbliche amministrazioni. L'accesso civico incontra quale unico limite "la tutela di interessi giuridicamente rilevanti" secondo la disciplina del nuovo articolo 5-bis del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.. L'accesso civico non è, inoltre, sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente: spetta a chiunque;*

- **elenco degli obblighi di pubblicazione**, conforme a quello definito dall'Allegato 1 alla delibera dell'ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, è contenuto nell'**allegato A**, con indicazione del servizio e del soggetto responsabili.

Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Fatte salve diverse disposizioni di legge o di regolamento, i dati, le informazioni e i documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria e tempestiva sono pubblicati, di norma, entro quindici giorni dalla adozione o dalla effettiva disponibilità.
In particolare, eventuali dati, informazioni e documenti soggetti a pubblicazione preventiva sono pubblicati non oltre il quinto giorno antecedente alla loro adozione.
Se è prescritto l'aggiornamento trimestrale o semestrale, la pubblicazione è effettuata nei trenta giorni successivi alla scadenza del trimestre o del semestre.
In relazione agli adempimenti con cadenza annuale, la pubblicazione dei dati avviene nel termine di trenta giorni dalla data in cui si rendono disponibili o da quella in cui essi devono essere formati o devono pervenire all'Amministrazione sulla base di specifiche disposizioni normative.

Monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza sono svolti dal RPCT.
Oltre alla rilevazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di competenza del Nucleo di valutazione, il monitoraggio viene svolto a cadenza semestrale e consiste nella verifica della tempestività di pubblicazione, della comprensibilità, qualità e completezza, e della riutilizzabilità dei dati, delle informazioni e dei documenti, effettuata mediante la navigazione della sezione "Amministrazione trasparente".

# PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

## Premessa

Il presente Piano di Azioni Positive è predisposto in attuazione di quanto prescritto nello specifico nel D.lgs. n. 198/2006 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*", in base al quale le Amministrazioni devono assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Tali disposizioni, infatti, prevedono misure finalizzate ad eliminare ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul genere, che abbia come conseguenza o come scopo, di compromettere o impedire il riconoscimento, il godimento o l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale e civile o in ogni altro campo.

Le azioni positive sono quindi uno strumento operativo della politica europea sorta negli anni novanta per favorire l'attuazione dei principi di parità e pari opportunità tra uomini e donne nei luoghi di lavoro. La Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le Pari Opportunità, che ha richiamato la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, "*Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche*", specifica le finalità e le linee di azione da seguire per attuare le pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni ed ha come punto di forza il perseguimento delle pari opportunità nella gestione delle risorse umane, il rispetto e la valorizzazione delle differenze, considerandole come fattore di qualità.

La legislazione indica prioritariamente l'obiettivo di eliminare le disparità di fatto che le donne subiscono nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, soprattutto nei periodi della vita in cui sono più pesanti i carichi ed i compiti di cura familiari, attraverso:

- individuazione di condizioni ed organizzazioni del lavoro, che, nei confronti delle dipendenti e dei dipendenti, provocano effetti diversi a seconda del genere, costituendo pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale, nel trattamento economico e retributivo delle donne;
- facilitazione dell'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali nei quali esse sono sottorappresentate, favorendo altresì l'accesso ed il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario fra generi;
- adozione di strumenti ed istituti (anche mediante una diversa organizzazione del lavoro e/o in relazione ai tempi di lavoro) che possano favorire la conciliazione fra tempi di vita e di lavoro;
- informazione / formazione tesa alla promozione di equilibrio tra le responsabilità familiari e professionali, ed una migliore ripartizione di tale responsabilità tra i due generi.

Oltre a questi obiettivi sono previste azioni volte a favorire politiche di conciliazione tra lavoro professionale e familiare, a formare una cultura della differenza di genere, a promuovere l'occupazione femminile, a realizzare nuove politiche dei tempi e dei cicli di vita, a rimuovere la segregazione occupazionale orizzontale e verticale.

L'attuazione di queste politiche rappresenta un'esigenza importante, considerata anche l'attenzione al riguardo dedicata a livello comunitario e gli impegni che ne derivano per l'ordinamento italiano.

Il presente Piano triennale delle Azioni Positive, in continuità con il precedente Piano, deve rappresentare uno strumento per offrire a tutte le lavoratrici ed ai lavoratori la possibilità di svolgere le proprie mansioni in un contesto lavorativo sicuro ed attento a prevenire, per quanto possibile, situazioni di malessere e disagio.

## Quadro normativo di riferimento

Il legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo.

## Il contesto europeo

Direttiva 2000/43/CE - Nel giugno 2000, la Commissione Europea adotta una innovativa strategia quadro comunitaria in materia di parità fra uomini e donne che prevede, per la prima volta, che tutti programmi e le iniziative vengano affrontati con un approccio che coniughi misure specifiche volte promuovere la parità tra uomini e donne. L'obiettivo è assicurare che le politiche e gli interventi tengano conto delle questioni legate al genere, proponendo la tematica delle pari opportunità come chiave di lettura, e di azione, nelle politiche dell'occupazione, della famiglia, sociali, economiche, ambientali, urbanistiche.

## Il contesto normativo nazionale e regionale

- Legge n. 125 del 10/04/1991 "Azioni per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro";
- Legge n. 53 del 08/03/2000 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il
- diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città";
- D.Lgs. 23 maggio 2000, n. 196 (art.7) "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce, per la pubblica amministrazione, piani di azioni positive finalizzati ad assicurare la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne
- D.Lgs. n. 165 del 30/03/2001 (art. 7-54-57) "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", conosciuto come "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro. Le integrazioni all'art. 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 sopracitato, hanno previsto l'istituzione di un Comitato Unico di Garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing;
- D.Lgs. n. 198 del 01/04/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo, all'art. 48, che ciascuna Pubblica Amministrazione predisponga un Piano di azioni positive volto a "assicurare […] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche. Tali piani hanno durata triennale. La nozione giuridica di "azioni positive" viene specificata dall'art. 42 "Adozione e finalità delle azioni positive" del decreto legislativo sopra citato, quali misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. Le azioni positive sono, inoltre, misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta e "temporanee" in quanto necessarie fino a quando si rileva una disparità di trattamento.
- Direttiva del 23/05/2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le pari opportunità "Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche" - emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, indica come sia importante il ruolo che le amministrazioni pubbliche ricoprono nello svolgere

un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale. La direttiva si propone di far attuare completamente le disposizioni normative vigenti, facilitare l'aumento della presenza di donne in posizione apicali, sviluppare best practices volte a valorizzare l'apporto di lavoratrici e lavoratori, orientare le politiche di gestione delle risorse umane secondo specifiche linee di azione;

- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), (art. 28, comma 1) che ha reso esplicito l'obbligo di valutare in un'ottica di genere, di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando esso emerga. La norma prevede, infatti, che "La valutazione di cui all'art. 17, comma 1, lettera a), […] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, […] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, […] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, […] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro".
- D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della L. 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" - nell'introdurre il ciclo di gestione della performance, richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.
- Legge n. 183 del 04/11/2010 (art. 21) "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, di aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro" - interviene in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle P.A. apportando modifiche rilevanti agli artt. 1, 7 e 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165. Più in particolare, il novellato art. 7 introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche per ogni altra forma di discriminazione che possa discendere da tutti quei fattori di rischio, più volte enunciati dalla legislazione comunitaria, esplicitando che le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne ed assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, estendendo il campo di applicazione all'accesso al lavoro, al trattamento, alle condizioni ed alla sicurezza sul lavoro ed alla formazione professionale. Per la prima volta la questione della parità e delle pari opportunità entra a pieno titolo in una normativa di carattere generale tra i fattori che condizionano il funzionamento organizzativo. La norma allarga l'ambito di tutela, individuando ulteriori fattispecie di discriminazioni, rispetto a quelle di genere, a volte meno visibili, quali, ad esempio, gli ambiti dell'età e dell'orientamento sessuale, oppure quello della sicurezza sul lavoro. La stessa legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, ex novo, un obbligo avente natura giuridica riguardante il generare, nelle organizzazioni pubbliche, benessere organizzativo. Poiché l'art. 7, comma 1 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall'art. 21 della legge ora citata prevede che "Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo", si delineano nuove prospettive di implementazione delle azioni positive che sono da intendersi volte ad accrescere il benessere di tutti i lavoratori. Le pubbliche amministrazioni sono chiamate quindi a garantire pari opportunità, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, quali elementi imprescindibili anche in termini di efficienza ed efficacia organizzativa, ovvero in termini di produttività e di appartenenza dei lavoratori stessi;
- Direttiva del 4 marzo 2011 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati

Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" ha completato il quadro normativo enunciando le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG;

- Legge n. 124 del 7/8/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

### Situazione del personale

Il personale dell'Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa" in servizio alla data del 01.01.2022 risulta essere la seguente:

| | cat. D | cat. C | cat. B | **Totale** |
|---|---|---|---|---|
| Donne | 2 | 3 | 15 | **20** |
| Uomini | 0 | 1 | 1 | **2** |
| **Totale** | **2** | **4** | **16** | **22** |

Per quanto riguarda le posizioni di responsabilità, individuate negli incarichi di posizione organizzativa, l'unica posizione esistente è ricoperta con personale femminile .

Per quanto riguardo l'utilizzo del lavoro a tempo parziale si evidenzia la situazione seguente:

| | tempo parziale |
|---|---|
| Donne | 5 |
| Uomini | 0 |
| **Totale** | **5** |

La situazione in ordine di età è evidenziata come di seguito esposto:

| | < 30 anni | 30-39 anni | 40-49 anni | > 50 anni |
|---|---|---|---|---|
| Donne | 2 | 1 | 3 | 14 |
| Uomini | 0 | 2 | 0 | 0 |
| **Totale** | **2** | **3** | **3** | **14** |

Dai dati sopra riportati si rileva un'alta percentuale di impiego femminile giustificato dalla particolarità dei servizi erogati dalla Casa di Riposo. Non si evidenziano in ogni caso situazioni di discriminazioni verso il genere femminile.

## Obiettivi generali

Nel corso del triennio l'Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa" intende quindi proseguire nella realizzazione del Piano delle Azioni Positive (PAP) per il raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- istituire il Comitato Unico di Garanzia;
- consolidare l'applicazione concreta del principio di pari opportunità tra uomo e donna nella gestione delle risorse umane dell'Ente, attraverso la promozione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini, dove la differenza è un fattore di qualità, sia nelle relazioni con i cittadini/e, sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne;

- favorire politiche di conciliazione tra responsabilità familiari, personali e professionali dei dipendenti, attraverso azioni che prendano in considerazione le differenze, le loro condizioni ed esigenze all'interno dell'Ente;
- promuovere una migliore organizzazione del lavoro ed il benessere fisico e psicologico dei dipendenti, anche attraverso un ambiente sicuro, sereno e caratterizzato da relazioni interpersonali improntate al rispetto della persona ed alla correttezza dei comportamenti;
- monitorare e rivalutare i rischi da stress lavoro correlato in un'ottica di genere e individuare i fattori che possono incidere negativamente sul benessere organizzativo;
- iniziare a valutare l'inserimento del concetto di welfare aziendale anche nella Pubblica Amministrazione analizzando le opportunità percorribili, soprattutto in termini di assegnazione delle risorse economiche necessarie.

# Obiettivi specifici

## Obiettivo n. 1 – Istituzione del C.U.G.

### Descrizione

L'art. 21 della legge n. 183/2010 ha modificato l'art. 57 del D.Lgs. 165/2001, istituendo il "*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, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

La direttiva del 4 Marzo 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero delle Pari Opportunità e Ministero della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione – denominata "*Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)*" esplicita, al punto "3.2 Compiti", che il CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica.

Il CUG ha, pertanto, lo scopo di assicurare il rispetto dei principi di parità e pari opportunità nelle P.A. contribuendo a migliorare la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantire l'assenza di altre forme di discriminazione.

Nell'esercizio dei propri compiti il CUG opera in stretto raccordo con il vertice dell'Amministrazione, avvalendosi delle risorse umane e strumentali che gli vengono messe a disposizione dall'Ente e collabora nell'ambito della individuazione, realizzazione e monitoraggio delle azioni positive.

### Azione

Istituire il Comitato Unico di Garanzia.

### Destinatari

Tutto il personale dipendente.

### Tempo di realizzazione

Nel triennio di riferimento.

## Obiettivo n. 2 – Promuovere il benessere organizzativo e individuale, la sicurezza sul lavoro in un'ottica di genere, anche in relazione allo stress lavoro correlato

### Descrizione

L'obiettivo si propone di sviluppare maggiori competenze del personale nel rapporto con l'organizzazione in cui lavorano. Il benessere dei dipendenti è, infatti, il presupposto per il buon

funzionamento dell'ente. Oltre che per raggiungere obiettivi di efficacia e produttività, l'amministrazione deve attivarsi anche per realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico dei propri dipendenti, attraverso la costruzione di ambienti di lavoro sicuri, di relazioni corrette che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, dell'immagine interna ed esterna, nonché della qualità complessiva dei servizi forniti. La prevenzione, l'eliminazione o la riduzione dei rischi di stress lavoro correlato comportano l'adozione di azioni finalizzate alla gestione del rischio ed alla riprogettazione dei fattori organizzativi che creano il disagio.

#### Azione n. 1

Rilevazione del grado di benessere organizzativo tra i dipendenti attraverso strumenti che analizzino le dimensioni del benessere e che siano utili alla comparazione dei dati nel corso degli anni, per attivare azioni di miglioramento.

#### Azione n. 2

Rilevazione dello stress lavoro correlato nell'ambito lavorativo.

#### Destinatari

Tutto il personale dipendente.

#### Tempo di realizzazione

Annualmente nel corso del triennio.

### Obiettivo n. 3 – Favorire politiche di conciliazione tra i tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare

#### Descrizione

L'obiettivo si propone di rafforzare le azioni finalizzate a soddisfare i bisogni di conciliazione dei dipendenti legati ad esigenze di cura ed assistenza ai figli e ad altri familiari, prendendo in considerazione le differenze, le condizioni e le necessità del personale all'interno dell'organizzazione, contemperando le esigenze dell'amministrazione con quelle dei dipendenti.

Va tenuto presente che le esigenze di conciliazione, a causa dell'innalzamento dell'età media dei dipendenti, non si riferiscono più solo al lavoro di cura ed assistenza dei figli, ma sono rivolti sempre più a familiari anziani o alle necessità dei dipendenti stessi con forme diverse di disabilità o invalidità.

#### Azione n. 1

Accogliere, nei limiti imposti da esigenze organizzative, eventuali richieste di riduzione dell'orario di lavoro per problemi familiari (assistenza a figli e/o a genitori anziani/disabili) o per problematiche legate al proprio stato di salute, anche superando i limiti previsti dalla contrattazione nazionale.

#### Azione n. 2

Garantire ampie forme di flessibilità oraria per il personale non turnista, compatibilmente con le esigenze organizzative.

#### Azione n. 3

Mantenimento oltre la modalità emergenziale attuale da COVID-19, ed eventualmente maggior implementazione, della forma di lavoro c.d. *smart working* (lavoro agile), recependo l'obbligo imposto dall'art. 14 della L. 124/2015 e seguendo le indicazioni della direttiva n. 3/2017 e delle circolari n. 1-2-3/2020 del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

#### Azione n. 4

Approfondimento normativo ed organizzativo sulla possibilità di introdurre il concetto di Welfare Aziendale nell'Ente.

#### Destinatari

Tutto il personale dipendente.

#### Tempo di realizzazione

Nel corso del triennio.

## Raggiungimento degli obiettivi e risorse necessarie

L’Istituzione Casa di Riposo “A. Penasa” si impegna a garantire, nel triennio di validità del Piano e nei limiti delle risorse disponibili, la realizzazione degli obiettivi di cui al presente Piano, rendicontando le attività realizzate e i risultati raggiunti.
Nel contesto dello svolgimento delle azioni del Piano, potrà essere valutata anche la possibilità di partecipare ad appositi bandi regionali, nazionali od europei.

## Monitoraggio del Piano

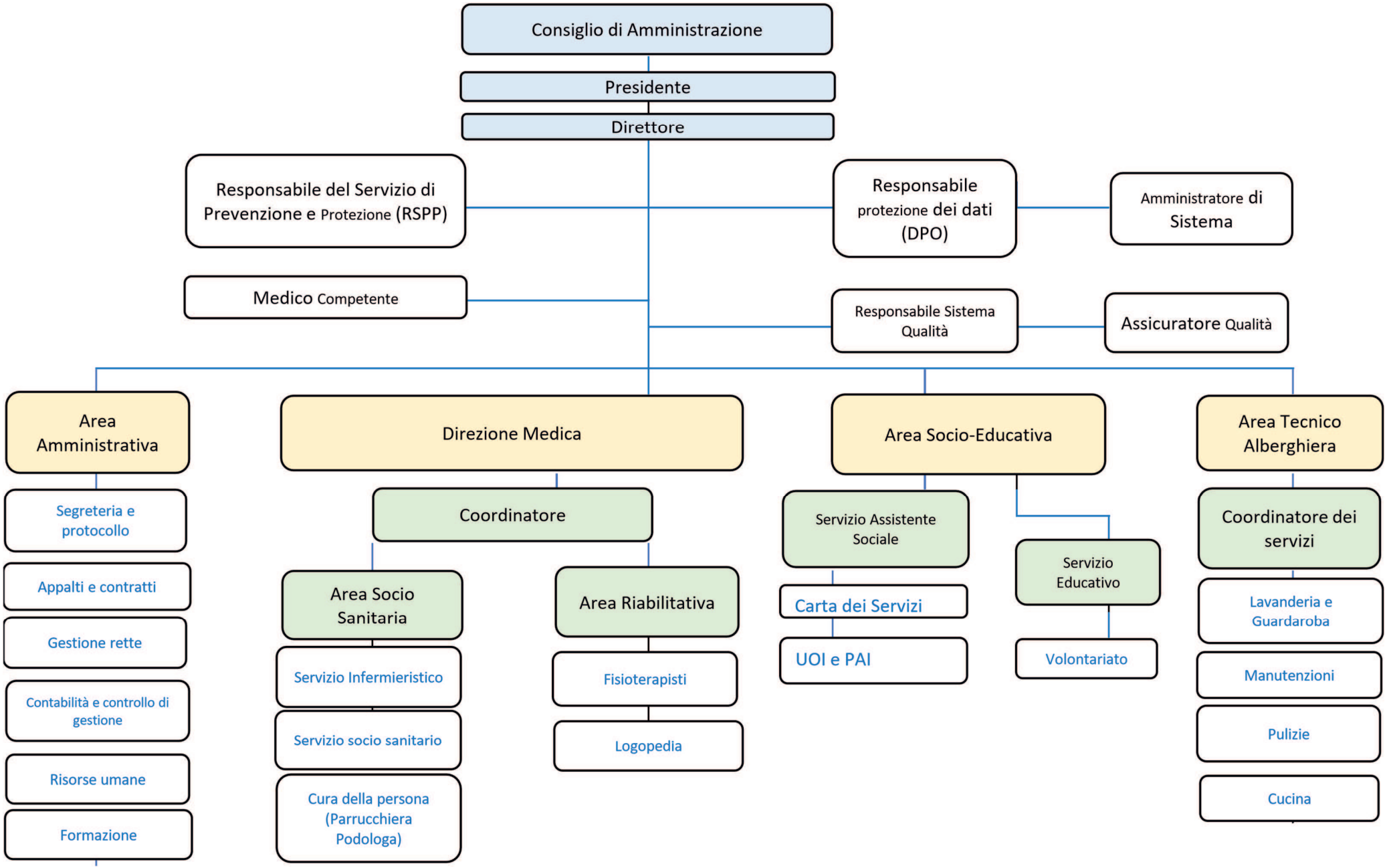
Per la verifica ed il monitoraggio in itinere ed ex post del presente Piano, Casa di Riposo “A. Penasa” attiverà un percorso di valutazione, sulla base delle risorse disponibili, sotto la responsabilità della direzione, in collaborazione con il costituendo CUG.
Il Piano potrà essere oggetto di revisione ed aggiornamento nel corso della sua attuazione.

**3^ Sezione di programmazione**

**sottosezione 3.1**

# STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Allegato C
Organigramma ente MOD. DIR. 01.02


Consiglio di Amministrazione
Presidente
Direttore
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
Responsabile protezione dei dati (DPO)
Amministratore di Sistema
Medico Competente
Responsabile Sistema Qualità
Assicuratore Qualità
Area Amministrativa
Segreteria e protocollo
Appalti e contratti
Gestione rette
Contabilità e controllo di gestione
Risorse umane
Formazione
Direzione Medica
Coordinatore
Area Socio Sanitaria
Servizio Infermieristico
Servizio socio sanitario
Cura della persona (Parrucchiera Podologa)
Area Riabilitativa
Fisioterapisti
Logopedia
Area Socio-Educativa
Servizio Assistente Sociale
Carta dei Servizi
UOI e PAI
Servizio Educativo
Volontariato
Area Tecnico Alberghiera
Coordinatore dei servizi
Lavanderia e Guardaroba
Manutenzioni
Pulizie
Cucina

**sottosezione 3.02**

# LAVORO IN MODALITÀ AGILE

Il *core business* dell’Ente è l’assistenza in forma residenziale a persone di norma anziani non autosufficienti. Nello specifico, l’attività si estrinseca nell’erogazione di un adeguato livello, secondo lo specifico bisogno, di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera rivolta direttamente alla persona. Il presupposto fondamentale è l’assistenza diretta in presenza nei confronti della persona, la quale necessità di un servizio 24 ore su 24.

Il personale assistenziale-sanitario comprende il personale a diretto contatto con l’ospite (operatori socio sanitari, infermieri, coordinatori, fisioterapisti, logopedisti, educatori e psicologi), e rappresenta la quasi totalità dei dipendenti dell’Ente.

È del tutto evidente che, data la tipicità dell’attività erogata, la prestazione di lavoro in modalità agile non può che essere circoscritta e assumere una forma del tutto residuale.

Pertanto i processi di lavoro compatibili con la prestazione di lavoro in modalità agile sono quelli che non presuppongono attività diretta sull’ospite.

La modalità di lavoro agile è quindi prevista e applicabile nei limiti specificati.

La modalità di lavoro agile è attivabile per garantire la continuità dell’attività amministrativa, in condizioni volte a tutelare la salute e sicurezza del lavoratore in situazioni emergenziali, nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente, concordata con il Direttore, che ne valuta i presupposti per il ricorso.

Il presente Piano prevede che:

1. il dipendente che presta attività svolta in modalità agile non subirà penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera;
2. lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudicherà in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti.
3. vengono adottati opportuni strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile.

**sottosezione 3.03**

# PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

## PREMESSA

L'art. 2 del D.Lgs. 165/2001 stabilisce che le amministrazioni pubbliche definiscono le linee fondamentali di organizzazione degli uffici; il successivo art. 6 prevede, così come modificato dal D.Lgs. 75/2017, che le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa che, oltre ad essere necessaria in ragione delle prescrizioni di legge, è:

- alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa;
- strumento imprescindibile di un apparato/organizzazione chiamato a garantire, come corollario del generale vincolo di perseguimento dell'interesse pubblico, il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

La giusta scelta delle professioni e delle relative competenze professionali che servono alle amministrazioni pubbliche e l'attenta ponderazione che gli organi competenti sono chiamati a prestare nell'individuazione della forza lavoro e nella definizione delle risorse umane necessarie, appaiono un presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori servizi alla collettività. Ne deriva che, così come il ciclo di gestione della performance, declinato nelle sue fasi dall'articolo 4, comma 2, del D.Lgs. 150/2009, deve svilupparsi in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, il piano triennale dei fabbisogni di personale deve svilupparsi, nel rispetto dei vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, che a loro volta sono articolati, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del D.Lgs. 150/2009 in "obiettivi generali", che identificano le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, e "obiettivi specifici" di ogni pubblica amministrazione.

Quanto sopra implica, altresì, che è fondamentale definire fabbisogni prioritari o emergenti in relazione alle politiche di governo, individuando le vere professionalità infungibili, non fondandole esclusivamente su logiche di sostituzione ma su una maggiore inclinazione e sensibilità verso le nuove professioni e relative competenze professionali necessarie per rendere più efficiente e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro e le modalità anche di offerta dei servizi al cittadino attraverso, ad esempio, le nuove tecnologie.

Logica deduzione di quanto detto è utilizzare, nella redazione del PTFP, criteri che meglio indirizzino l'approvvigionamento e la distribuzione di personale, in quest'ultimo caso ricorrendo anche a forme di riconversione professionale volte a privilegiare il potenziamento delle funzioni istituzionali e di *core business* piuttosto che di quelle di supporto o di *back office*.

Il Piano dei fabbisogni di personale si sviluppa in prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente, con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di carattere normativo, organizzativo o funzionale, e lo stesso può essere modificato in corso d'anno a fronte di situazioni nuove e non prevedibili, motivando adeguatamente la scelta.

Le linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche sono state predisposte con Decreto Ministeriale dell'08.05.2018 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 173 del 27 luglio 2018.

## SITUAZIONI DI SOPRANNUMERO E DI ECCEDENZA

L'art. 33 del D.Lgs. 165/2001 dispone che le pubbliche amministrazioni che hanno situazioni di soprannumero o rilevino comunque eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali o alla situazione finanziaria, anche in sede di ricognizione annuale prevista dall'articolo 6 del medesimo decreto, sono tenute ad osservare le procedure previste dal presente articolo dandone immediata comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

Le amministrazioni pubbliche che non adempiono alla ricognizione annuale non possono effettuare assunzioni o instaurare rapporti di lavoro con qualunque tipologia di contratto pena la nullità degli atti posti in essere. Inoltre la mancata attivazione delle procedure previste dalla normativa da parte del dirigente responsabile è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.";

La circolare n. 4/2014 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione definisce come:

- soprannumerarietà: *situazione per cui il personale in servizio […] supera la dotazione organica in tutte le qualifiche, le categorie e le aree. L'amministrazione non presenta perciò posti vacanti utili per una eventuale riconversione del personale o una diversa distribuzione dei posti*;
- eccedenza: *situazione per cui il personale in servizio […] supera la dotazione organica in una o più qualifiche, categorie, aree o profili professionali di riferimento, Si differenzia dalla soprannumerarietà in quanto la disponibilità di posti in altri profili della stessa area o categoria, ove ricorrano le condizioni, potrebbero consentire la riconversione del personale*;

A seguito di apposita valutazione del Direttore, in merito a quanto previsto dall'art. 33 sopra richiamato, presso questo ente non esistono situazioni di soprannumero né di eccedenze di personale.

## DOTAZIONE ORGANICA

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017, introduce elementi significativi tesi a realizzare il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica.

Il termine dotazione organica, nella disciplina precedente, rappresentava il "contenitore" rigido da cui partire per definire il PTFP, nonché per individuare gli assetti organizzativi delle amministrazioni, contenitore che condizionava le scelte sul reclutamento in ragione dei posti disponibili e delle figure professionali contemplate.

Secondo la nuova formulazione dell'art. 6, è necessaria una coerenza tra il piano triennale dei fabbisogni e l'organizzazione degli uffici, da formalizzare con gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti.

La centralità del PTFP, quale strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, è di tutta evidenza. Il PTFP diventa lo strumento programmatico, modulabile e flessibile, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione.

La nuova visione, introdotta dal D.Lgs. 75/2017 di superamento della dotazione organica, si sostanzia, quindi, nel fatto che tale strumento, solitamente cristallizzato in un atto sottoposto ad iter complesso per l'adozione, cede il passo ad un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il PTFP.

## DEROGA PER LE ISTITUZIONI CHE GESTISCONO SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI IN MATERIE DI LIMITI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA DI PERSONALE

L'art. 18, comma 2-*bis*, del D.L. 112/2008 prevede che le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, quale l'Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa", sono escluse dai limiti di contenimento della spesa di personale, fermo restando l'obbligo di mantenere un livello dei costi del personale coerente rispetto alla quantità di servizi erogati.

## ASSUNZIONI OBBLIGATORIE DI CUI ALLA L. 68/1999

L'art. 3, comma 1, della Legge 68/1999 prevede che "*I datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1 nella seguente misura: a) sette per cento dei lavoratori occupati, se occupano più di 50 dipendenti; b) due lavoratori, se occupano da 36 a 50 dipendenti; c) un lavoratore, se occupano da 15 a 35 dipendenti*."

Al successivo comma 3, viene precisato che "*Per […] le organizzazioni che, senza scopo di lucro, operano nel campo […] dell'assistenza e della riabilitazione, la quota di riserva si computa esclusivamente con riferimento al personale tecnico-esecutivo e svolgente funzioni amministrative*."

Il numero di personale del Comune di Valli del Pasubio sommato a quello dell'Istituzione con funzioni amministrative e tecnico-esecutive risulta di 18 unità, dei quali un dipendente è appartenente alle categorie protette.

## STANDARD REGIONALI

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

La convenzione con l'ULSS n. 7 per le prestazioni sanitarie degli ospiti non autosufficienti, redatta sulla base dello schema tipo regionale di cui alla DGR 3856/2004 e al nuovo schema di accordo contrattuale approvato con DGR 1438/2017, prevede espressamente il rispetto degli standard derivanti dai livelli autorizzativi regionali e al loro interno sono espressamente previsti quelli per le attività di riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, psicologi).
La DGR 996 del 19/08/2022 ha disposto la cessazione delle graduatorie differenziate per accoglienza definitiva, temporanea e a medio e ridotto bisogno assistenziale. Queste disposizioni determinano la formazione di una graduatoria unica ed un necessario adeguamento degli standard da minimo, per i centri di servizi per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale, a media intensità.
L'allegato A alla DGR 84/2007 specifica i seguenti standard per la media intensità :

**Area socio-sanitaria**

- 1 coordinatore ogni 90 ospiti
- 1 operatore socio-sanitario ogni 2,4 ospiti
- 1 infermiere professionale ogni 12 ospiti (il servizio deve essere garantito 24 ore)

**Area sociale**

- 1 educatore-animatore ogni 60 ospiti
- 1 assistente sociale ogni 120 ospiti
- 1 psicologo ogni 120 ospiti

Deve inoltre essere prevista la presenza di adeguato personale con funzioni amministrative, di personale ausiliario e di attività di manutenzione/pronto intervento, in base alle esigenze dell'organizzazione del centro servizi.

Per quanto riguarda **altro personale sanitario** la DGR 84/2007 rimanda alla convenzione stipulata tra il centro di servizi e la Azienda ULSS di riferimento.

La convenzione attuale prevede i seguenti standard:

- 1 fisioterapista ogni 60 ospiti
- 1 logopedista ogni 200 ospiti

## ACQUISTO DI SERVIZI SUL MERCATO

L'art 6-*bis* del D.Lgs. n.165/2001 statuisce che le pubbliche amministrazioni sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale e di dotazione organica.
L'Istituzione ha in essere i seguenti appalti di servizi:

- gestione assistenziale dei nuclei del piano 1° e 3°
- servizio educativo-animativo
- servizio di igiene e pulizia
- servizio di lavanderia interno
- servizio lavanderia esterno per biancheria piana
- servizio di ristorazione con cucina interna
- servizio di manutenzione dello stabile e manutenzione preventiva e programmata delle attrezzature ed impianti

## INCARICHI ESTERNI A PROFESSIONISTI

L'Istituzione si avvale delle seguenti figure con incarico professionale:

- n. 4 infermieri professionali
- n. 3 Fisioterapisti

## PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNO 2023

La situazione attuale del centro servizi e la descrizione delle integrazioni e delle assunzioni da effettuare nell'anno 2022 sono riassunte nella tabella allegata (Allegato B).

Per quanto riguarda il personale con qualifica di operatore socio-sanitario, il Consiglio di Amministrazione dà indirizzo di assumere un numero di unità sufficiente rispetto agli standard minimi regionali. Gli O.S.S. in servizio dovranno quindi essere sufficienti a garantire l'assistenza ai 29 ospiti del Nucleo del piano 3° e per 67 ospiti per le 8 ore del turno notturno.

Si rende quindi necessario prevedere nel PTFP tali assunzioni di personale a tempo indeterminato.

Per quanto riguarda la necessaria sostituzione del personale posto in quiescenza ovvero l'integrazione di figure professionali da tempo assenti :

2 C1 / Infermiere professionale Assunzione a tempo pieno ed indeterminato per sostituire una Mobilità volontaria ed un licenziamento del 2022;

1 C1 / Istruttore amministrativo a tempo parziale 30/36 ed indeterminato per modifica delle mansioni
(progressione verticale)

1 B3 / Collaboratore amministrativo a tempo parziale 30/36 e determinato per riassetto settore

contabile
ed amministrativo

1 B1 / Operatore socio sanitario Assunzione a tempo pieno ed indeterminato 36 ore/sett. Mobilità volontaria e/o concorso pubblico in sostituzione di personale posto in quiescenza

1 B1 / Operatore socio sanitario Assunzione a tempo pieno e **determinato 36** ore/sett chiamato da graduatoria in sostituzione di personale lunghe assenze

Nel corso dell'anno 2023 sono quindi previste le seguenti assunzioni:

| N. unità | Pos.Giur. / Profilo | Trasformazione / Assunzione | Modalità |
|---|---|---|---|
| 2 | C / Infermiere professionale | Assunzione a tempo pieno ed indeterminato in sostituzione di personale dimissionario | Concorso già esperito nel 2022 |
| 1 | B1 / Operatore Socio Sanitario | Assunzione a tempo pieno ed indeterminato in sostituzione di personale dimissionario | Scorrimento di graduatoria già esistente |
| 1 | C1 / Istruttore amministrativo | Modifica mansioni in progressione verticale | Selezione interna |
| 1 | B3 / Collaboratore amministrativo a tempo determinato | Assunzione a tempo determinato per Riorganizzazione delle competenze contabili ed amministrative | Selezione |

Si provvederà comunque alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze per malattie di lunga durata, mentre per le malattie brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire; nell'anno 2023 sono previste le seguenti assunzioni:

| N. unità | Pos.Giur. / Profilo | Assunzione | Modalità |
|---|---|---|---|
| 1 | B1 / Operatore Socio Sanitario | Assunzione a tempo pieno e determinato in sostituzione di personale in aspettativa o assente per lunghe malattie | Scorrimento di graduatoria già esistente |

Per quanto riguarda altre assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

## PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNO 2024

Nell'attuale piano triennale sono previste assunzioni a tempo indeterminato nel corso dell'anno 2024.

| N. unità | Pos.Giur. / Profilo | Trasformazione / Assunzione | Modalità |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | C / Infermiere professionale | Assunzione a tempo pieno ed indeterminato in sostituzione di personale dimissionario | Mobilità o concorso |
| 1 | B1 / Operatore Socio Sanitario | Assunzione a tempo pieno ed indeterminato in sostituzione di personale dimissionario | Scorrimento di graduatoria già esistente |

Si provvederà comunque alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

## PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNO 2025

Nell'attuale piano triennale sono previste assunzioni a tempo indeterminato nel corso dell'anno 2025 ma solo in sostituzione di personale dimissionario.

| N. unità | Pos.Giur. / Profilo | Trasformazione / Assunzione | Modalità |
|---|---|---|---|
| 1 | B1 / Operatore Socio Sanitario | Assunzione a tempo pieno ed indeterminato in sostituzione di personale dimissionario | Scorrimento di graduatoria già esistente |

Si provvederà comunque alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

## PIANO DELLA FORMAZIONE 2023/2025

IN CONFORMITÀ CON QUANTO DISPOSTO DALLA NORMATIVA VIGENTE, IN TEMA DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA PER IL PERSONALE DIPENDENTE DEGLI ENTI LOCALI, PROPONE IL PROPRIO PIANO DI FORMAZIONE, CON VALENZA ANNUALE, CHE SEGUE QUELLI PRECEDENTI, REDATTI A PARTIRE DA QUELLO INIZIALE DEL 2008. IL FABBISOGNO FORMATIVO È STATO STIMATO FACENDO RIFERIMENTO A QUANTO SUGGERITO DALLA PIÙ RECENTE NORMATIVA, MA ANCHE DELLE EMERGENTI ESIGENZE COLLEGABILI ALLA GESTIONE DI OSPITI CON CRESCENTE COMPLESSITÀ:

- redazione e gestione della Carta dei Servizi
- collegamento tra la Carta dei Servizi e il Sistema Qualità per l'Accreditamento
- applicazione dei Sistemi di Controllo Interno, collegati anche al Sistema Qualità, da ampliarsi con specifiche procedure e modulistiche relative alla gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro

- 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
- adempimenti formativi connessi all'applicazione del DLgs 81/2008, in tema di sicurezza, con particolare riguardo all'Accordo Stato-regioni del 21.12.11
- rischio clinico, sicurezza del cliente e gestione dell'errore
- indicazioni emerse dal Personale dell'Ente in merito al proprio fabbisogno formativo, con particolare riguardo ai disturbi del comportamento ed in particolare ai comportamenti aggressivi, alla gestione delle demenze, alla gestione delle contenzioni, all'uso delle terapie non farmacologiche, all'uso del defibrillatore nelle emergenze, alla gestione degli applicativi informatici, alla corretta movimentazione manuale dei carichi e al pertinente uso degli ausili, alle responsabilità di ruolo in ambito socio-sanitario
- gestione del trattamento dati, in ottemperanza al Regolamento UE 679/2016
- gestione di quanto definito in relazione all'anticorruzione e trasparenza.

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 e delle direttive in materia di formazione del personale negli Enti Locali e contiene gli obiettivi formativi e l'elenco delle attività da realizzare nell'anno 2022, 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, sia in regime di appalto a Cooperativa, che di libera professione, che 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.

## OBIETIVI 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, nonché con la logica propria della gestione della sicurezza del paziente e della prevenzione del rischio clinico. 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 ed informazioni disponibili;
- Acquisire conoscenze per la definizione di 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 dall'Istituzione "A. Penasa" di Valli del Pasubio (VI)
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 dei ruoli professionali e dalle esigenze espresse attraverso l'uso di questionari scritti, 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. Una valutazione dei risultati emerge anche dalle periodiche e programmate verifiche interne previste dal sistema qualità, che analizzano in modo sistematico l'applicazione sulle varie funzioni, dei processi formativi, quale oggettiva ricaduta sul servizio destinato agli ospiti.

Sulla base del monitoraggio del piano anticorruzione e sull'analisi dei bisogni formativi evidenziati, si ritiene opportuno dar corso alle attività formative elencate nella tabella sottostante:

| Iniziativa formativa | Descrizione | Destinatari (numero) | Formazione obbligatoria |
|---|---|---|---|
| Sicurezza sul lavoro Dlgs 81/08 – Aggiornamento preposti | Cadenza biennale | Preposti (4) | Sì |
| Sicurezza sul lavoro Dlgs 81/08 – Aggiornamento RLS | Cadenza annuale | RLS (1) | Sì |
| Sicurezza sul lavoro Dlgs 81/08 – Aggiornamento Primo Soccorso | Cadenza triennale | Dipendenti addetti (19) | Sì |
| BLSD | Cadenza biennale | Dipendenti addetti (3) | Sì |
| Manovra emergenza ascensore | Corso interno | Dipendenti autorizzati (20) | No |
| Aggiornamento Addetti Antincendio | Cadenza quinquennale | Dipendenti addetti (22) | Sì |
| PEM prove di evacuazione | Almeno 3 volte l'anno | Dipendenti addetti (22) | No |
| Formazione specifica sulle novità normative | | Ufficio (3) | No |
| Corso interno sull' utilizzo di CBA | | IP OSS Amministrativi (22) | No |
| Corso privacy e responsabilità professionale | Dpo Avv. Santolin | Dipendenti addetti (22) | No |
| La gestione del sistema qualità in Ente Accreditato | RAQ Soffiato Alfredo | Dipendenti addetti (22) | No |
| Corso aggiornamento normativo Anticorruzione e trasparenza | Dpo Avv. Santolin | Dipendenti addetti (22) | No |
| Formazione prodotti incontinenza | Essity | OSS | No |
| Relazioni professionali e stress lavoro correlato | | Dipendenti addetti (22) | No |

Vedi PIANO 2023 allegato C

**4^ Sezione di programmazione**

# MONITORAGGIO E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

L’Ente somministra periodicamente un questionario di soddisfazione della qualità dei servizi erogati. I dati raccolti sono oggetto di analisi ed eventualmente della messa in atto di azioni correttive e successivamente presentati al Consiglio di Amministrazione dell'Ente e messi a disposizione sul sito istituzionale a quanti tra parenti o personale vogliano prenderne conoscenza.
Analogamente periodicamente viene somministrato un questionario per misurare il clima organizzativo all'interno dell'Ente e anche per esso viene effettuata un'analisi dei risultati per eventualmente mettere in atto azioni correttive di miglioramento a vario livello.

## MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance viene annualmente effettuato dal Responsabile della Qualità e su base triennale stimato dal Nucleo di Valutazione, al fine della valutazione del potenziale professionale.

## MONITORAGGIO FORMAZIONE

Si rinvia al "Piano formativo".

## MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avverrà secondo le indicazioni di ANAC.
Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.
Ai sensi dell’articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull’attività svolta nell’ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette all'Organo di indirizzo (CdA).
La relazione del RPCT viene predisposta su un modello reso disponibile dall'ANAC.
Qualora nel corso dell’anno emergessero elementi di criticità per le quali si ritiene opportuno adottare ulteriori misure di prevenzione, sarà cura dell’Ente provvedere ad un aggiornamento del PTPCT, su proposta del RPCT. In tal modo, si consente agli stakeholder di fornire osservazioni durante tutto l’anno e non solo nel periodo di pubblicazione della proposta del Piano, prima dell’approvazione definitiva, riconoscendo al documento la natura di strumento dinamico e non di mero atto burocratico.

Allegato A
Obblighi di pubblicazione

**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 1[1]
1. elenco degli amministratori dell'Ente;
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;

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;

[1] 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"

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[2];
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 ai Centri Servizi Anziani 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[3]

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[4];
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 procedimentali e degli impegni assunti con la Carta dei Servizi;
5. tabella dati di eventuali indagini di customer satisfaction sui servizi erogati;

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[5]

---

[2] 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.

[3] Dichiarare eventualmente già nel PTTI che non vi sono situazioni di enti o società controllate, onde evitare la pubblicazione.

[4] Per un'Istituzione che eroga servizi socio-sanitari e residenziali, 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.

[5] Prevedere comunque tale voce, anche se sarà pari a zero.

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;[6]

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;
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;[7]

Sezione XXI – altri contenuti: accessibilità e catalogo dati, metadati e banche dati[8]
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.

**RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E LA CORRUZIONE**

Il responsabile per la trasparenza e per la prevenzione della Corruzione della Istituzione Comunale "A. Penasa" 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.

**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.

---

[6] 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.
[7] Da individuare formalmente
[8] Da prevedere, anche se, molto facilmente, nessuna IPAB ancora ha adottato tale regolamento.

**MONITORAGGIO E VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE AZIONI**
Nell'ambito della periodica indagine sulla qualità percepita si procederà ad indagare, mediante apposite domande a risposta multipla, in merito alla conoscenza del sito web dell'ente da parte degli utenti.

**COINVOLGIMENTO DI PORTATORI DI INTERESSI**
Si individuano i seguenti portatori di interessi per il coinvolgimento alla trasparenza ed integrità convocandoli o consultandoli almeno una volta all'anno sullo specifico tema:

- Comitato Ospiti e familiari;
- Rappresentanza dei lavoratori (RSU);
- Volontari dell'ente, raggruppati nell'Associazione esistente;
- Comune di Valli Del Pasubio;
- Ulss territorialmente competente.

Allegato B

# PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNI 2023-2025

Nell'attuale piano triennale sono previste assunzioni a tempo indeterminato nel corso degli anni 2023, 2024 e 2025, si provvederà comunque alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

La programmazione, che è stata effettuata in coerenza con le valutazioni in merito ai fabbisogni organizzativi espressi dagli amministratori dell'Ente, è riportata nel presente documento sotto forma di indirizzi e direttive di massima, a cui dovranno attenersi nelle indicazioni operative i piani occupazionali annuali approvati.

| Qualifica | Dipendenti di ruolo al 31/12/2022 | Dipendenti non di Ruolo al 31/12/2022 | Totale | Variazione in uscita 2023 | Variazione 2023 proposta | Variazione 2024 proposta | Variazione 2025 proposta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| B1 | 5 | 1 | 6 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| B2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| B4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B6 | 5 | 0 | 5 | -1 | 0 | 0 | -1 |
| B7 | 1 | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 |
| C1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 |
| C2 | 1 | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 |
| C3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C6 | 2 | 0 | 2 | -1 | 0 | 0 | 0 |
| D1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Allegato B

# PIANO DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE 2023

## PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

In relazione alle indicazioni rilevate si sono individuate, per l'anno 2023, le seguenti aree di intervento:

A. **Area relazionale**
B. **Area del coordinamento del personale**
C. **Area direzionale e dei Sistemi Qualità**
D. **Area della sicurezza sul lavoro e della sicurezza del paziente**
E. **Area dell'informatica.**

In particolare, per l'anno 2023, si propongono i seguenti corsi di formazione:

**A. Area relazionale:**
A.1 La relazione con il cliente fragile o disturbante, mirando a comprendere le modalità di insorgenza dell'aggressività, soprattutto se essa è conseguenza di presenza di patologie dementigene e del dolore, e ad adottare modalità non farmacologiche di contenimento dell'ansia e della tensione. Una modalità specifica che si intende adottare è quella dell'Approccio Capacitante.

**B. Area del coordinamento del personale:**
B.1 la direzione autorevole del personale, con particolare riguardo alle situazioni di emergenza.

**C. Area direzionale e dei Sistemi Qualità:**
C.1 l'analisi delle risultanze di servizio e delle metodologie di lavoro (nell'ambito delle periodiche riunioni interne)
C.2 la gestione di un Sistema Qualità in un Ente accreditato, con particolare attenzione alla gestione del rischio clinico e dell'errore organizzativo, ma anche della sicurezza sul lavoro.

**D. Area della sicurezza sul lavoro.**

VEDI PROGRAMMA DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE Anno 2023

**E. Area dell'informatica.**
E.1 Cultura informatica e gestione dei software presenti all'interno dell'Ente o richiesti dalla competente Azienda ULSS.

**Per le tematiche previste l'Istituzione intende avvalersi il più possibile della collaborazione progettuale e realizzativa del proprio personale interno, prima di avvalersi di personale esterno, con ruolo di docenza.**

## 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 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’Istituzione 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 dipendente autorizzato a frequentare l’iniziativa, non possa parteciparvi, anche parzialmente, è tenuto a darne tempestiva e motivata comunicazione all’Istituzione.
La tipologia di rapporto valevole per il personale dipendente sarà instaurata anche con il personale in libera professione, con la precisazione che l’Ente si accolla i costi di docenza, ma non quelli delle ore investite in formazione.
Per quanto attiene al personale in appalto tramite Cooperativa, di concerto con la Cooperativa aggiudicataria, si provvederà a sviluppare l’insieme dei temi individuati con le stesse modalità valevoli per i liberi professionisti.

## Allegato 1. Sintesi della formazione da effettuare nel 2023, nuove esigenze rilevate per l’anno 2023

| | | |
|---|---|---|
| ***Istituzione Casa di Riposo "A. Penasa"***<br>Via S. Rocco, 1 – 36030 Valli del Pasubio (VI) | **PROGRAMMA DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE**<br>MOD 07 | MOD. DIR 06/02<br>REV. 2<br>Pag. 1 di 1 |
| Data di emissione : 01/06/2021 | | Approvazione : 31/01/2023 |

## Allegato 1 - SINTESI della Formazione Anno 2023 - aggiornamento del 31/01/2023

| ARGOMENTI DEL CORSO | DESTINATARI DEL CORSO | DATA PREVISTA DEL CORSO | DOCENTI/ENTI | N. ore previste | DATA DI ATTUAZIONE |
|---|---|---|---|---|---|
| Requisiti del D.lgs 81/08 e ss.mm.ii. e rischi generici dell'attività | Neo assunti e personale dipendente non formato | In progress | RSPP e personale interno | 4h | *Febbraio per dipendenti neo assunti* |
| Aggiornamento nel quinquennio sui Rischi specifici dell'attività: Rischio MMC | Tutti i Lavoratori in servizio nell'Ente con qualunque qualifica, ad esclusione dei soli fisioterapisti e degli amministrativi (N 48) | Cadenza quadrimestrale DA FEBBRAIO 2023 | Fisioterapista interno 30' per lavoratore a livello individuale, a cadenza quadrimestrale | 24h per 3 volte all'anno di attività pratiche | *Febbraio giugno ottobre 2023* |
| Aggiornamento per addetti alla lotta antincendio | Addetti alla lotta antincendio | In progress | Formazione esterna., con contestuale prova di evacuazione | 8h | *Febbraio 2023* |
| Formazione Antincendio ad alto rischio per nuovi dipendneti | Addetti alla lotta antincendio | In progress | Formazione esterna., esami VVFF | 16h | *Febbraio/aprile 2023 + esame* |
| Aggiornamento per addetti al primo soccorso (anche con studio di casi) | Addetti al primo soccorso con corso base da 3 o più anni | In progress | Medico Competente assieme al personale infermieristico | 4h | |
| Aggiornamento per esecutore BLSD | Infermieri con aggiornamento da 2 o più anni (come da successivo foglio allegato) | In progress | ULSS competente | 5h | |
| Aggiornamento per RLS | RLS | In progress | Ditta esterna | 4h | |
| Corso interno sull'utilizzo di CBA Cartella socio sanitaria | IP; OSS; FKT; ED | In progress | Personale interno, allo scopo formato | 4h | DA FEBBRAIO 2023 |
| Applicazione del PEM con periodiche prove di evacuazione (almeno 3 nell'anno) | DL, Dirigenti e preposti, RLS e coordinatori, lavoratori | In progress | RSPP Sandonà | 6h | |
| Emergenza sanitaria aggiornamenti in base agli eventi legati al COVID 19 | OSS | In progress | COVID MANAGER 30' per lavoratore a livello individuale | 1h all'anno | |
| La gestione del Sistema Qualità in un Ente accreditato | IP; OSS; FKT; ED | In progress | RESPONSABILE QUALITA' | 2h – 2 moduli | DA MARZO 2023 |
| Attività formativa per OSS e IP : relazioni con i colleghi e gestione dello stress nei rapporti | IP; OSS; FKT; ED | In progress | Società/consulente est.. | 3h – 4 moduli | |
| Corso sulla Privacy e responsabilità professionale dell'OSS/IP/FKT/ED | IP; OSS; FKT; ED | In progress | DPO Avv Santolin | 2h – 2 moduli | |
| Corso di aggiornamento normativo, privacy, anticorruzione trasparenza | personale amministrativo e di coordinamento | In progress | DPO Avv Santolin | 8h | |

Firma DL (per approvazione) ..... data .....