Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
***"Giorgio Gasparini"* Vignola (MODENA)**

Enti Pubblici territoriali soci: Unione di Comuni Terre di Castelli e Comuni di Castelnuovo Rangone, Castelvetro di Modena, Guiglia, Marano sul Panaro, Montese, Savignano sul Panaro, Spilamberto, Vignola, Zocca.

ATTO GESTIONALE DEL DIRETTORE
N. 5 DEL 16/01/2017

OGGETTO: Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016/2018 in applicazione della L. 190/2012. Relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione sui risultati dell'attività 2016.

Viste le deliberazioni adottate dall'Amministratore Unico:

- n. 2 del 28.01.2016 con cui è stato approvato, ai sensi dell'art. 10, comma 1, del D.Lgs. n. 150/2009, il Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance 2015-2017;
- n. 3 del del 28.01.2016 con cui è stato adottato il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016/2018;
- n. 4 del 28.01.2016 con la quale è stato adottato il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018, di cui alla L.190/2012;
- n. 1 del 09.1.2017 con la quale è stato individuato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della Trasparenza il Direttore dell'Azienda;

Vista la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 36 del 23.12.2014 con la quale è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Giorgio Gasparini" (ai sensi art.1, comma 2, dpr n.62 del 16.04.2013);

Dato atto, altresì, che con Piano triennale di Prevenzione della Corruzione sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia;

Considerato che obiettivo del Piano è quello di prevenire il rischio corruzione nell'attività dell'Azienda con azioni di prevenzione e di contrasto della illegalità, incrementando la trasparenza, ciò nella convinzione che la prima misura per prevenire la corruzione sia proprio quella di ampliare la conoscibilità verso l'esterno dell'attività amministrativa dell'Azienda;

Richiamati gli atti dell'Amministratore Unico:

- n.17 adottato in data 11 settembre 2015 con il quale si è provveduto, previa condivisa valutazione con l'organo di amministrazione dell'Unione Terre di Castelli, a individuare l'attuale Dirigente della Struttura Welfare Locale dott.ssa Romana Rapini, quale Direttore dell'ASP facente funzioni;
- n. 12 adottato in data 01 giugno 2016 con il quale, tra le altre cose, si è condiviso ed accolto (quale indirizzo del Comitato di Distretto) la proposta di direzione unitaria dei servizi socio assistenziali (welfare locale e ASP) mediante la strutturazione di un unico incarico dirigenziale di Direttore dell'ASP e dell'Area Welfare dell'Unione nella persona della Dott.ssa Romana Rapini;

Premesso che la L. 190/2012 recante le disposizioni per la Prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. :

- è stata approvata in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione Nazioni Unite contro la corruzione adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 Ottobre 2003 e degli artt. 20 e 21 della Convenzione Penale sulla corruzione di Strasburgo del 27 Gennaio 1999;
- è entrata in vigore a decorrere dal 28/11/2012 ed ha fatto del principio di Trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione;
- prevede, all'art. 1 comma 14, che il dirigente,individuato ai sensi del comma 7 dello stesso articolo 1, pubblica nel sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ciascun anno, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'Amministrazione.
- Preso atto che per la verifica delle azioni messe in atto nel corso dell'anno 2016, il suddetto termine per approvazione della relazione è fissato al 16 gennaio 2017;

Acquisite le note dei Responsabili di Area che relazionano sulle azioni e sui risultati indicati dal Piano triennale, con particolare attenzione alle azioni 2016 per le quali erano previste l'adozione di adeguate misure di monitoraggio e controllo, compreso l'adozione di coerenti sistemi rendicontali e procedurali, note che allegano al presente atto quale parti integranti e sostanziali (allegato *sub*a) ;

Ritenuto di approvare la scheda per la predisposizione della relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato *sub*b) così come predisposta dall'ANAC e debitamente compilata;

Tutto ciò premesso, si relaziona di seguito, sulle significative azioni poste in essere in materia di gestione del rischio e di formazione del personale, nonché le altre iniziative intraprese per garantire l'attuazione delle norme finalizzate alla prevenzione della corruzione. Per quanto di dettaglio e collegato alle specifiche azioni previste negli schemi allegati al Piano Triennale, si rinvia alle relazioni dei singoli Responsabili di Area ed alla scheda generale sopra citate;

a) Per il 2016, di concerto con i Responsabili di Area e con il supporto del Responsabile della Trasparenza (per l'annualità 2016 individuato con atto n. 30 del 23.12.2013 nel responsabile Area Servizi Amministrativi), ed in relazione agli schemi di processo e azioni previste nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, sono stati valutati i processi a rischio ed individuate le azioni da intraprendere con le relative tempistiche. E' stata assicurata anche l'attività, in corso d'anno, sulla implementazioni delle azioni previste. Laddove ciò non è stato possibile ne è stata dato riscontro nelle schede di cui all'allegato sub*a*;

b) Il livello di attuazione del PTPC è positivo. L'Azienda ha dato continuità alle azioni già intraprese negli anni precedenti, consolidando un sistema di gestione dei rischi che, anche se non completamente attuato nell'anno 2016, ha avuto il merito di aver accentuato ulteriormente l'attenzione di tutta l'organizzazione ai rischi e alla loro analisi.

Il parziale scostamento tra quanto previsto e quanto attuato è derivato in parte anche dalla difficoltà di promuovere efficaci strumenti di controllo e di monitoraggio di alcune particolari misure di prevenzione (vedi rotazione degli incarichi). Altrettanto significativo è stato il processo che, a partire dal 2014 ha messo in discussione, negli organi e nelle sedi istituzionali competenti, il permanere dell'Azienda quale soggetto istituzionale. Con delibera del Comitato di Distretto n. 2 assunta in data 17 marzo 2016 si e definitivamente assunta la decisione di continuare con l'esperienza dell'Azienda quale soggetto gestore pubblico dei servizi socio sanitari del Distretto di Vignola.

Con la suddetta deliberazione si è congiuntamente avviato un percorso approfondito e qualificato di valutazione e progettazione di Welfare del Distretto di Vignola, da programmarsi in una prospettiva di medio/lungo periodo;

d) Ai fini dell'attuazione del Piano, sono state fornite dal Responsabile della Integrità e della Trasparenza coincidente con la figura del Responsabile di Area Servizi Amministrativi, le indicazioni relativamente agli obblighi di trasparenza che si coordinano con quelli indicati nel PTPC, ai fini di operare in un quadro complessivo di azioni miranti al raggiungimento degli obiettivi di carattere generale. In effetti la principale misura individuata dal legislatore della legge 190/2012 per contrastare la corruzione è la trasparenza. La trasparenza si concretizza attraverso la puntuale pubblicazione sul sito web dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente" di dati, informazioni e documenti elencati dal decreto legislativo 33/2013 e ss. mm. e ii..

Si conferma l'attività periodica di verifica circa gli adempimenti in materia di pubblicazione dei dati. Di norma la verifica è stata attuata con riferimento al complesso delle informazioni pubblicate sul sito alla voce "Amministrazione trasparente". La verifica è stata attuata anche nei confronti delle informazioni e dei dati da pubblicare sul sito non in forza degli obblighi di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. e ii..

Ai fini della verifica circa il rispetto degli obblighi preme sottolineare che la natura dell'Azienda e le attività istituzionali, la pongono come soggetto che non soggiace alla totale applicazione degli obblighi indicati nella norma.

e) Nell'ambito delle attività inerenti l'adozione e/o l'adeguamento/aggiornamento delle misure organizzative e degli strumenti/procedure coerenti e conseguenti all'adozione del "Piano triennale di prevenzione della Corruzione 2016-2018", si è data particolare attenzione all'attuazione di quanto previsto dal DPR 62/2013, e dal Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda, che integra e specifica il Codice Nazionale di comportamento dei dipendenti pubblici. Il Responsabile della trasparenza, nell'ambito della formazione sui contenuti dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) rivolto a tutto il personale (compreso il personale somministrato) ed ai collaboratori (a qualunque titolo), ha ripreso e sviluppato in maniera approfondita la formazione in materia di prevenzione della corruzione.

Nel corso dell'anno 2016 sono stati effettuati periodici momenti formativi condotti dal Responsabile della Trasparenza. In particolare sono stati realizzati più momenti formativi che hanno visto coinvolti n. 23 operatori di vario profilo (a completamento della formazione già avviata per step negli anni precedenti a totale copertura del personale assunto), per rispondere pienamente all'obiettivo formativo inserito in un sistema dinamico a copertura della totalità del personale impegnato nei servizi ASP.

Nei momenti formativi si è cercato di sensibilizzare fortemente sugli aspetti della corruzione trasferendo principi, approcci, metodologie, modalità gestionali all'intera struttura aziendale.

Viene utilizzata la modulistica di riferimento: le clausole da inserire nei contratti, le dichiarazioni artt. 8, 9, 10 e 17 oltre il modello per la segnalazione degli illeciti e la relativa procedura che recita: "*Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda "Giorgio Gasparini" di Vignola e relative forme di tutela*" (ai sensi dell'art. 11 Codice di Comportamento Aziendale), debitamente pubblicati sul sito aziendale.

f) Si conferma anche per l'anno 2016 l'impossibilità di prevedere quale misura di prevenzione del rischio, la rotazione degli incarichi dei Responsabili di Area (Titolari di P.O.), ciò a fronte dell'infungibilità delle professionalità tipiche, anche per non mettere a rischio l'efficienza e la funzionalità dell'Azienda.

Tale misura infatti non è prevista nel PTPC quale misura attuabile. Inoltre, l'adozione a regime di questa misura, in un contesto caratterizzato dall'esiguità della propria dotazione organica nei ruoli amministrativi e nei ruoli apicali, ne impedisce la specializzazione professionale con ricadute negative da un punto di vista funzionale ed organizzativo.

Tale intervento non garantirebbe il mantenimento della qualità del servizio erogato, la coerenza degli indirizzi né il presidio delle necessarie competenze delle strutture.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012, la presente relazione viene pubblicata sul sito web dell'Azienda e trasmessa all'Amministratore Unico in quanto organo di indirizzo politico

La Direttrice e Responsabile
della prevenzione della corruzione
(Dr.ssa Romana Rapini)

Sede: Via Libertà, 823 - 41058 Vignola (MO) - Tel 059/77.05.211 Fax 059/77.05.200
C.F. e Part.IVA: 03099960365 - www.aspvignola.mo.it - info@aspvignola.mo.it - aspvignola@pec.it

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"*GIORGIO GASPARINI*" DI VIGNOLA

RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZZIONE

in applicazione della L. 190/2012

Atto del Responsabile della prevenzione della corruzione nr. 5 del 16/01/2016

Sede: Via Libertà, 823 - 41058 Vignola (MO) - Tel 059/77.05.211 Fax 059/77.05.200
C.F. e Part.IVA: 03099960365 - www.aspvignola.mo.it - info@aspvignola.mo.it - aspvignola@pec.it

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/ output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione	note/ eventuali oneri finanziari
Area Servizi Amministrativi	Gestione accesso agli atti	1	3	3	Disomogenità nella valutazione delle richieste	**Rischio "Disomogeneità nella valutazione delle richieste"** Standardizzazione della modulistica con particolare riferimento all'esplicitazione della motivazione della richiesta e del procedimento amministrativo cui si riferisce	Regolamento aggiornato	Già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	

Attività già in essere, non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata. Si precisa che viene tenuto aggiornato un report con indicati gli accessi, le tipologie ed i tempi di evasione delle istanze. Tale report viene pubblicato su "Amministrazione trasparente" nel rispetto della normativa sulla privacy.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/ output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione	note/ eventuali oneri finanziari
Area Servizi Amministrativi	Acquisto di beni e servizi e controllo forniture	2	3	6	Scarsa trasparenza dell'operato/alterazione della concorrenza Disomogeneità di valutazione nella individuazione del contraente Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	**Rischio "Scarsa trasparenza/alterazione della concorrenza"** Ricorso a MEPA	Monitoraggio dell'attuazione dell' azione	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	
						Rischio "Disomogeneità delle valutazioni nella individuazione del contraente" verifica che chi valuta le offerte non abbia interessi o legami parentali con le imprese concorrenti. Adozione di indicatori oggettivi per la valutazione delle offerte nelle procedure negoziate	Monitoraggio dell'attuazione della prima azione Integrazione al regolamento	già in atto la prima azione entro settembre 2016 la seconda azione	Resp. Area Servizi Amministrativi	
						Rischio "Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati" Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti dei partecipanti	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	

Relativamente al rischio 2 " *Disomogeneità delle valutazioni nella individuazione del contraente"* ed in particolar modo all'azione 2, si precisa quanto segue: l'adozione di indicatori oggettivi non è stata realizzata nella scadenza indicata. Il superamento del Regolamento per gli acquisti in economia (unica fattispecie presente in ASP in quanto per i procedimenti di gara è attivo il Service con l'Unione Terre di Castelli Ex Ufficio Gare e Contratti ora CUG) con l'entrata in vigore del D.Lgs. 50/2016 e la verifica conseguente delle nuove modalità di acquisizione di beni e servizi (art. 36 del Decreto) ha di fatto rallentato il procedimento di individuazione degli indicatori. Da riproporre per il 2017 adattandolo alla nuova realtà normativa.

Area	Processi con indice di rischio elevato	**Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)**	**Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)**	**Indice di rischio: probabilità x impatto**	Rischi prevedibili	**Azioni/misure possibili**	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione	note/ eventuali oneri finanziari
Area Servizi Amministrativi	Controlli della documentazione per la definizione della quota delle rette dei servizi	**2**	**2**	**4**	Assenza di criteri di campionamento dei controlli Non rispetto delle scadenze temporali	**Rischio "Assenza di criteri di campionamento dei controlli"** Definizione di un ordine di priorità per i controlli	Definizione di criteri	Entro settembre 2016	Resp. Area Servizi Amministrativi	
						Rischio "Non rispetto delle scadenze temporali" Monitoraggio dei tempi di evasione dei controlli	Monitoraggio annuale	Entro dicembre 2016	Resp. Area Servizi Amministrativi	

Relativamente all'attività *"Controlli della documentazione per la definizione della quota delle rette dei servizi"* le azioni conseguenti ai rischi individuati non sono state attuate (nei termini temporali indicati) in quanto tale attività, gestita dall'Azienda in attesa che venisse affidata tale competenza all'ente preposti (Unione), è definitivamente passata nell'ambito delle attività istituzionalmente affidate all'unione "Terre di Castelli" a far data da settembre 2016.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione	note/eventuali oneri finanziari
Area Servizi Amministrativi	Gestione donazioni liberali all'Azienda	2	2	4	Scarsa trasparenza dell'iter Non rispetto dell'indirizzo interno all'Azienda che prevede la tempestiva pubblicazione delle donazioni	**Rischio "Scarsa trasparenza dell'iter"** Approvazione di una procedura che definisca in modo trasparente l'iter di gestione delle donazioni liberali all'Azienda Monitoraggio e controllo della pubblicazione tempestiva delle donazioni sul sito ASP	Predisposizione di una procedura operativa Verifiche periodiche sull'aggiornamento dei dati	Già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	

Attività già in essere, non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/ output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione	note/eventuali oneri finanziari
Area Servizi Amministrativi	Selezione/ reclutamento del personale	1	3	3	Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione Disomogeneità nel controllo del possesso dei requisiti dichiarati	**Rischio "Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione"** Definizione di criteri stringenti per le diverse tipologie di chiamate a termine Creazione di griglie per la valutazione dei candidati Definizione di criteri per la composizione delle commissioni e verifica che chi vi partecipa non abbia legami parentali con i concorrenti Ricorso a criteri statistici casuali nella scelta dei temi o delle domande	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	
						Rischio "Disomogeneità nel controllo del possesso dei requisiti dichiarati" Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	
Area Servizi Amministrativi	Mobilità tra enti	1	2	2	Scarsa trasparenza/poca pubblicità della opportunità Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione	**Rischio "Scarsa trasparenza/poca pubblicità dell'opportunità"** Pubblicazione dei bandi di selezione	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	
						Rischio "Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione" Creazione di griglie per la valutazione dei candidati	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	
Area Servizi Amministrativi	Progressioni di carriera	1	2	2	Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione Disomogeneità nel controllo del possesso dei requisiti dichiarati	**Rischio "Disomogeneità delle valutazioni durante la selezione"** Creazione di griglie per la valutazione dei candidati **Rischio "Disomogeneità nel controllo del possesso dei requisiti dichiarati"** Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi	

Per tutti i processi ed i rischi evidenziati, le azioni sono state realizzate secondo quanto programmato e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento

Area	Processi	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure preventive	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Area Gestione strutture	Controllo del rispetto dei protocolli nei servizi resi agli ospiti	1	2	2	Scarsa trasparenza del servizio reso. Disomogeneità dei comportamenti	**Rischio "Scarsa trasparenza del servizio reso "** Confronto preventivo con i famigliari in merito alle condizioni socio-sanitarie dell'ospite, ai bisogni rilevati e alle conseguenti modalità assistenziali poste e da porre in atto. Successiva stesura del PAI con descrizione degli interventi resi e successivo confronto con i famigliari. Attivazione di colloqui con i famigliari in caso di situazioni critiche. Attuazione degli impegni della Carta dei Servizi in uso. Relazione annuale del servizio redatta con le modalità previste dalla normativa regionale sull'accreditamento.	monitoraggio semestrale per la prima azione, annuale per le altre	Già in atto	Resp. Area Gestione strutture.
						Rischio "Disomogeneità dei comportamenti" Metodologia di lavoro basata sull'osservanza di protocolli operativi in uso, sottoposti alla valutazione dell' Organismo Tecnico di ambito provinciale (OTAP) preposto alla verifica del possesso dei requisiti richiesti per l'accreditamento dei servizi. Formalizzazione all'interno del PAI dei livelli di prestazioni attese. Relazione annuale del servizio redatta con le modalità previste dalla normativa regionale sull'accreditamento. Incontri mensili di equipe per confronto sui casi e sulla metodologia di lavoro. Rotazione del personale e supervisione mensile a livello di èquipe per confronto sui casi e sulla metodologia di lavoro.	monitoraggio semestrale per la prima azione; annuale per la seconda, mensile per le altre.	già in atto	Resp. Area Gestione strutture

I famigliari degli anziani ospiti e/o l'Amministratore di sostegno e, ove possibile, l'anziano stesso, sono coinvolti nel processo di definizione, attuazione e verifica del Progetto assistenziale individualizzato (di seguito PAI). Tale coinvolgimento è documentato nella cartella sociosanitaria individuale. Infatti la presenza dei familiari assume un valore fondamentale nella costruzione della relazione tra l'anziano e l'equipe della struttura perché il familiare é parte integrante della storia dell'anziano: l'ospite entra in struttura insieme ai suoi familiari e questi rivestono un ruolo decisivo, accanto al gruppo di lavoro, nel determinare la qualità della relazione e della cura. Tale aspetto si esplica favorendo la più ampia partecipazione degli stessi alla vita della struttura ed il massimo coinvolgimento, informazione e comunicazione rispetto alle scelte nell'assistenza e presa in carico dell'anziano. La comunicazione è e deve essere costante, tramite incontri diretti e/o telefonici con la Responsabile attività assistenziali di nucleo (di seguito RAA), l'Operatore socio

assistenziale tutor (di seguito OSS), la Responsabile attività sanitarie (di seguito RAS), il Medico ed il personale presente in servizio, con colloqui con l'equipe per approfondire situazioni particolari o effettuare valutazioni importanti nell'assistenza e nella cura del congiunto.

La pianificazione degli interventi assistenziali, riabilitativi e sanitari che l'equipe di ogni nucleo della Casa Residenza per anziani (di seguito CRA) realizza su ogni singolo ospite, è effettuata attraverso il PAI. Esso è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in un'ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite, è pertanto il risultato del coordinamento di tutte le figure professionali e dei famigliari di riferimento, che si occupano dell'anziano accolto nella CRA. Esso riporta, oltre alle condizioni socio sanitarie dell'ospite, gli interventi in atto, i bisogni rilevati, gli obiettivi ed i relativi interventi, le risorse che vengono utilizzate per mettere in atto gli interventi, la descrizione degli interventi che si intendono attuare per il raggiungimento degli obiettivi (definendo chi deve compiere le azioni decise, cioè a quali ruoli professionali spetta il compito di agire in base alle decisioni prese), i tempi di attuazione, i tempi di verifica che variano in base agli obiettivi prefissati e che non devono superare i sei mesi (si scrive la data di verifica sul PAI). Il PAI può essere rivisto e modificato anche prima dello scadere del tempo previsto, ogni volta che si verificano dei cambiamenti significativi.

In sede di verifica del PAI l'equipe multidisciplinare analizza dapprima gli obiettivi e le azioni precedentemente fissati, evidenzia l'esito delle azioni poste in essere ed il grado di raggiungimento dell'obiettivo, trascrivendo le motivazioni dell'esito. Aggiorna poi il PAI secondo lo schema precedentemente descritto, fissando una nuova data di verifica.

Nel caso in cui i parenti condividano le strategie in atto per l'ospite, come precedentemente verificato dalla RAA di nucleo, la stessa e la RAS nel corso di appositi colloqui, illustrano al famigliare di riferimento i contenuti e le finalità del PAI, chiedendone la firma per sottoscrizione.

Nel caso in cui i parenti non condividano le strategie in atto per l'ospite, si chiede al parente di riferimento di partecipare al PAI o, in caso di sua impossibilità, di partecipare ad un colloquio preliminare alla stesura dello stesso. Successivamente il PAI viene illustrato al famigliare con le modalità sopra descritte. Nel caso in cui il famigliare si rifiuti di apporre la firma, la circostanza viene annotata in PAI.

Con periodicità mensile durante gli incontri disgiunti d'équipe di ogni nucleo della CRA, tutte le figure professionali operanti negli stessi si confrontano sui singoli casi.

I contenuti della Carta dei servizi relativa alla Casa Residenza , redatta ed approvata nel corso del mese di settembre 2014, sono stati pienamente attuati nel corso del 2016. Il servizio di CRA è dotato dei protocolli operativi previsti dalla DGR 514/2009, che sono stati elaborati da appositi gruppi di lavoro.

Ciò è documentato in entrambi i casi dalle autodichiarazioni 2015 relative al possesso dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento definitivo dei suddetti servizi prodotte a norma della DGR 514/2009.

E' in corso di redazione la relazione annuale del servizio, con le modalità previste dalla normativa regionale.

E' proseguita anche durante il 2016 la rotazione del personale OSS fra i due nuclei della CRA per favorire lo sviluppo di un'unica metodologia di lavoro, pur nel rispetto della specificità dei singoli nuclei dovuta alla tipologia degli anziani ospitati.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Area Gestione Interventi Assistenziali	Controllo dei servizi in convenzione (trasporti)	1	2	2	Assenza di criteri di campionamento Disomogeneità delle valutazioni	**Rischio "Assenza di criteri di campionamento" e rischio "Disomogeneità delle valutazioni"** controlli in ASP sulla base dei report d'attività mensile in sede di liquidazione delle fatture.	Monitoraggio mensile della rispondenza tra conteggi interni e report mensile del fornitore	Già in atto	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali

Attività già in essere, non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Area Gestione Interventi Assistenziali	Controllo dei servizi appaltati (comunità alloggio)	2	2	4	Assenza di criteri di campionamento Disomogeneità delle valutazioni	**Rischio "Assenza di criteri di campionamento"** Formalizzazione di un piano di controlli amministrativi e in loco. Scheda dei contenuti dei capitolati tecnici della qualità e quantità della prestazione attesa	Piano dei controlli formalizzato; con ampliamento della trasmissione documentale da parte dell'appaltatore	Entro settembre 2016	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali
						Rischio "Disomogeneità delle valutazioni" Creazione dei supporti operativi per la effettuazione dei controlli	Rivalutazione e adozione di una nuova Check list formalizzata collegata a trasmissione documentale da parte dell'appaltatore.	Entro settembre 2016	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali

La situazione ha evidenziato problematiche e criticità non ancora risolte. Nel corso dell'anno vi sono state più comunicazioni all'appaltatore del servizio, con richieste dettagliate di adeguate relazioni che permettessero una oggettiva valutazione dei servizi effettuati, ed un conseguente confronto con quanto definito nel capitolato d'oneri e nelle offerte migliorative incluse nel progetto presentato in sede di gara. Le risposte pervenute non hanno mai risposto hai dettagli contenuti nella richiesta, non permettendo con ciò una adeguata valutazione oggettiva dei servizi realizzati. Non vi sono stati margini per attivare una rivalutazione della check list di controllo. Non si è ancora concluso un programmato lavoro di verifica del servizio effettuato congiuntamente ad altri servizi territoriali (Com. 564/2000 territoriale; SSP; NUdP; ASP). Concreta è la prospettiva di attivazione di una nuova gara per l'affidamento del servizio; ovvero, progetto di modifica della tipologia di servizio.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Area Gestione Interventi Assistenziali	Controllo del rispetto dei protocolli nei servizi resi agli utenti	1	2	2	Scarsa trasparenza del servizio reso Disomogeneità dei comportamenti	**Rischio "Scarsa trasparenza del servizio reso"** 1) Definizione puntuale e quantificazione dei servizi resi, con coinvolgimento del referente dell'impresa e del certificatore delle competenze nel caso del SIL. 2) Creazione carta dei servizi per SIL e Caspita. 3) Attuazione degli impegni della carta dei servizi per CDA e CSRD I Portici. 4) Aggiornamento carta dei servizi CDA e CSRD I Portici;	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste prima e terza Carta dei Servizi Caspita e SIL	Già in atto la prima e la terza azione Carta dei Servizi Caspita entro dicembre 2016 Carta dei servizi SIL entro Dicembre 2016 Punto 4) entro giugno 2016	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali
						Rischio "Disomogeneità dei comportamenti" Verifica delle situazioni in sede di èquipe multi disciplinare (EOT per SIL e UVM per Caspita)con controllo incrociato delle valutazioni eventualmente disomogenee Attività già in atto e realizzata secondo il programma definito.	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali
Area Gestione Interventi Assistenziali	Controlli sull'incasso da vendita al pubblico dei prodotti realizzati	1	3	3	Assenza di criteri di campionamento	**Rischio "Assenza di criteri di campionamento"** Individuazione del numero di prodotti finiti e confronto Incrociato con prodotti venduti e prodotti invenduti (solo per prodotti sopra una soglia di importo predefinito) Attività già in atto e realizzata secondo il programma definito. La reportistica attivata è relativa a beni uguali o superiori al valore di € 10,00. Tale condizione è da stabilizzare introducendola per il proseguo dell'attività di specie.	Aggiornamento mensile del report delle vendite e controlli semestrali sull'inveduto a magazzino	Già in atto	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali
Area Gestione Interventi Assistenziali	Individuazione utenti per il percorso di tirocinio o di accesso al lavoro (ambito SIL)	1	2	2	Disomogeneità delle valutazioni	**Rischio "Disomogeneità delle valutazioni"** Definizione di una procedura, per le richieste nominative d'avvio da P.A., con formalizzazione della richiesta scritta, l'indicazione delle caratteristiche per competenze e attitudini della postazione da ricoprire, da parte dell'Ente richiedente; procedure per la definizione della scelta e possibile graduatoria da trattare in forma anonima. Coinvolgimento di una èquipe multidisciplinare (con partecipazione di personale esperto esterno all'ASP) L'attività è potenzialmente già in atto; nessun input ad intervenire è pervenuto al servizio. Da valutare l'opportunità di mantenere tale azione nel programma in parola.	Definizione procedura che preveda l'èquipe	Già in atto	Resp. Area Gestione Interventi Assistenziali

Relativamente al processo 1 - rischio 1 "*Scarsa trasparenza del servizio reso*" – azione "2" si evidenzia che non sono state poste in atto le azioni programmate; il tempo attività dei servizi è stato dedicato ad altre azioni, a suo tempo non programmate, ma che hanno assunto valore di priorità su indicazione dell'amministrazione (a titolo d'esempio non esaustivo – rapporto con nuova associazione "Magicamente Liberi")

Le azioni "1" e "3" sono stati realizzate secondo quanto programmato e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento
L'azione "4" non ha evidenziato necessità d'intervento; l'azione sarà comunque da programmare nell'anno 2017.

Relativamente al processo 1- rischio 2 "*Disomogeneità dei comportamenti* ", l'attività è già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Relativamente al processo 2 - rischio "1" "*Assenza di criteri di campionamento* ", l'attività è già in atto e realizzata secondo il programma definito. La reportistica attivata è relativa a beni uguali o superiori al valore di € 10,00. Tale condizione è da stabilizzare introducendola per il proseguo dell'attività di specie.

Relativamente al processo 3 rischio "1" "*Disomogeneità delle valutazioni* ", l'attività è potenzialmente già in atto; nessun input ad intervenire è pervenuto al servizio. Da valutare l'opportunità di mantenere tale azione nel programma 2017.

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore/output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Area Gestione Interventi Asssitenziali	Erogazione interventi di natura economica (in denaro) agli utenti SIL - tirocini indennità di partecipazione	1	3	3	Disomogeneità nella quantificazione della indennità di partecipazione e/o dei rimborsi spesa applicati	**Rischio "Disomogeneità nella quantificazione della indennità di partecipazione e/o dei rimborsi spesa applicati"** Definizione, nella stesura del progetto individualizzato, dei riconoscimenti economici allo stesso collegati, effettuata si sede di equipe allargata ai responsabili del caso, socio sanitari o sanitari, dei servizi esterni all'ASP invianti. Autorizzazione eventuali deroghe in capo a apposito Organismo Tecnico Provinciale Controllo di coerenza con i contenuti deglia atti deliberativi sulla attività di specie del CdA dell'ASP. Trasmissione reportistica numinativa dell'attività realizzata ai servizi invianti e al service risorse umane dell'UTC per mandati (cedolini)	Tabelle di trasmissione dati mensili nominali aggregati. Reportistica semestrale nominale e aggregata.	già in atto	Coordinatore del servizio e Responsabile di Area
Area Gestione Interventi Assitenziali	Erogazione interventi di natura economica (in denaro) agli utenti SIL - attività socio occupazionale di mantenimento - contributo socio assistenziale	1	3	3	Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare	**Rischio "Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare"** Definizione, nella stesura del progetto individualizzato, dei riconoscimenti economici allo stesso collegati, effettuata si sede di equipe, eventualmente allargata (e comunque conosciuta) al responsabile del caso del servizio esterno all'ASP inviante. Controllo di coerenza con i contenuti degli atti deliberativi sulla attività di specie del CdA dell'ASP. Trasmissione reportistica nominativa dell'attività realizzata all'ufficio ragioneria ASP per emissione mandati	Tabelle di trasmissione dati mensili nominali aggregati. Reportistica semestrale nominale e aggregata.	già in atto	Coordinatore del servizio e Responsabile di Area
Area Gestione Interventi Asssitenziali	Erogazione interventi di natura economica (in denaro) agli utenti labora-torio cASPita - incentivo all'at-tività sotto forma di contributo socio assistenziale	**1**	**3**	**3**	Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare.	**Rischio "Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare"** Definizione, nella stesura del progetto individualizzato, dei riconoscimenti economici allo stesso collegati, effettuata si sede di equipe, eventualmente allargata (e comunque conosciuta) al responsabile del caso del servizio esterno all'ASP inviante. Controllo di coerenza con i contenuti degli atti deliberativi sulla attività di specie del CdA dell'ASP. Trasmissione reportistica nominativa dell'attività realizzata all'ufficio ragioneria ASP per emissione mandati	Tabelle di trasmissione dati mensili nominali aggregati. Reportistica semestrale nominale e aggregata.	già in atto	Coordinatore del servizio e Responsabile di Area

Area Gestione Interventi Asssitenziali	Erogazione interventi di natura econo-mica (in denaro) agli utenti dei laboratori interni al CSRD I Portici – incentivo all'attività sotto forma di contributo socio assisten-ziale (rimessa diretta in denaro all'utente a cadenza settimanale)	1	3	3	Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare. Tracciabilità dell'intervento realizzato.	**Rischi "Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare" e "Tracciabilità dell'intervento realizzato"** Corresponsione diretta all'utente, da parte del coordinatore, del contributo in denaro (incentivo terapeutico riabilitativo) sulla base della registrazione d'attività settimanale, traschitta in agenda utente e specifica tabella individuale, aggiornata quotidianamente dall' Educatore in attività nel laboratorio insieme all'utente medesimo. Coerenza dell'incentivo con i contenuti di specifico atto deliberativo del CdA (anche a seguito di confronto diretto con i famigliari in sede di assemblea). Definizione progettazione individualizzata e verifica attività realizzata effettuata in sede di Equipe del gruppo di lavoro. Condivisione progettuale e verifiche attività realizzata, effettuate con la famiglia dell'utente, di norma a cadenza semestrale	Registrazione intervento nel registro contabile di "prima nota" (coordinatore); aggiornamento dati aggregati nominativi (EP e utenti laboratorio informatico); registrazione sul programma di contabilità (ufficio ragioneria)	già in atto	Coordinatore del servizio
					Assenza di "ricevuta/sottoscrizione" dell'erogazione da parte del beneficiario (utente del CSRD)	**Rischio "Assenza di ricevuta/sottoscrizione dell'erogazione da parte del beneficiario (utente del CSRD)"** Adozione di sistema di "firma per ricevuta" della corresponsione dell'incentivo terapeutico riabilitativo e invio alle famiglie del quadro di sintesi mensile delle corresponsioni.	Procedura formalizzata	Già in atto	Coordinatore del servizio e Responsabile di Area

Relativamente al processo "1" rischio 1 *"Disomogeneità nella quantificazione della indennità di partecipazione e/o dei rimborsi spesa applicati " – Utenti SIL* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Relativamente al processo "2" rischio 1 *"Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare "- Utenti SIL* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Relativamente al processo "3" rischio 1 *"Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare " – Laboratorio CASPITA* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Relativamente al processo "4" rischio 1 *"Disomogeneità nella quantificazione del contributo socio assistenziale da erogare- Tracciabilità dell'intervento realizzato"* *" – CSRD "I Portici"* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Relativamente al processo "4" rischio 2 *"Assenza di ricevuta/sottoscrizione dell'erogazione da parte del beneficiario (utente del CSRD)"* *" – CSRD "I Portici"* - , l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata

Area	Processi con indice di rischio elevato	Pesatura probabilità di accadimento del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Pesatura impatto del rischio (1=basso, 2=medio, 3=alto)	Indice di rischio: probabilità x impatto	Rischi prevedibili	Azioni/misure possibili	Indicatore /output	Tempistica di attuazione	Responsabile dell'attuazione dell'azione
Trasversale a tutte le Aree	Gestione banche dati o informazioni riservate	2	3	6	Violazione della privacy Disomogeneità delle valutazioni	**Rischio "Violazione della privacy"** Livelli di accesso diversificati per le interrogazioni alle banche dati con elementi sensibili	Monitoraggio semestrale	già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi
						Rischio "Disomogeneità delle valutazioni" Aggiornamento della linea guida per la gestione delle informazioni riservate	Linea guida aggiornata	Entro settembre 2015	Resp. Area Servizi Amministrativi
Trasversale a tutte le Aree	Incarichi e consulenze professionali	2	2	4	Scarsa trasparenza dell'affidamento dell'incarico/consulenza Disomogeneità di valutazione nella individuazione del soggetto destinatario Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati	**Rischio "Scarsa trasparenza"** Pubblicazione di richieste di offerta/bandi nei casi previsti Aggiornamento del regolamento per gli incarichi	Regolamento aggiornato	Entro giugno 2015	Resp. Area Servizi Amministrativi
						Rischio "Disomogeneità delle valutazioni" Creazione di griglie per la valutazione	Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle azioni previste	già in atto	Resp. Area che necessita l'incarico
						Rischio "Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati". Creazione di supporti operativi per la effettuazione dei controlli dei requisiti	Check list formalizzate	Entro settembre 2016	Resp. Area che necessita l'incarico
Trasversale a tutte le Aree	Gestione di segnalazioni e reclami	2	2	4	Discrezionalità nella gestione Non rispetto delle scadenze temporali	**Rischio "Discrezionalità nella gestione"** Procedura formalizzata per la gestione delle segnalazioni esterne (scritte e non) e dei reclami	procedura formalizzata	Già in atto	Resp. Area Servizi Amministrativi
						Rischio "Non rispetto delle scadenze temporali" Monitoraggio e periodico reporting dei tempi di evasione	Report annuale	Entro settembre 2016	Tutti i Responsabili di Area

Relativamente al processo 1 azione 1 - *"Violazione della privacy "* - 1, l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata;

Relativamente al processo 1 rischio 2 *"Disomogeneità delle valutazioni "* - si precisa che le linee guida non sono state aggiornate. L'azione sarà riportata nel Piano 2017;

Relativamente al processo 2 rischio 1 *"Scarsa trasparenza "* - si precisa che il Regolamento non è stato aggiornato. E' in fase di aggiornamento il Regolamento complessivo relativo *"all'ordinamento degli Uffici e dei Servizi"* di cui la parte relativa all'affidamento degli incarichi costituirà apposita sezione. L'azione sarà riportata nel Piano 2017;

Relativamente al processo 2 rischio 2 *"Disomogeneità delle valutazioni "* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata;

Relativamente al processo 2 rischio 3 *"Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati "* - l' adozione di Check list formalizzate non si è realizzata nei tempi indicati. Sarà valutato se riportarla come azione nel Piano 2017.

Relativamente al processo 3 rischio 1*"Discrezionalità nella gestione "* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito e non si evidenziano situazioni che dispongano una modifica o un aggiornamento dell'azione richiamata;

Relativamente al processo 3 rischio 2*"Non rispetto delle scadenze temporali "* - l' attività già in atto e realizzata secondo il programma definito per l'Area gestione Interventi Assistenziali. E' da implementare nel corso dell'anno 2017 (e quindi azione da riportare nel Piano 2017) per l'Area Gestione Strutture.