

A.S.P. OSPEDALE SANT'ANTONIO

Il Commissario Straordinario



VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 20 DEL 17 OTTOBRE 2023

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE 2023-2025

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTO il d.lgs. 4 maggio 2001, n. 207, recante *Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 9 novembre 2000, n. 328*, il cui art. 6 attribuisce alle Aziende pubbliche di servizi alla persona, derivanti dalla trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che operano senza finalità di lucro (c. 1) *“personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*;

VISTA la L.R. 15 novembre 2014, n. 33, recante, a livello regionale, la *“Disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona e fondazioni derivanti dalla trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”*;

VISTA la Sentenza della Corte costituzionale n. 161, del 27 giugno 2012, la quale ha confermato la preordinazione delle A.S.P. al perseguimento dell'interesse pubblico, definendole quali *“articolazione”* delle autonomie locali, operanti nell'ottica di un sistema integrato di programmazione e gestione dei servizi sociali, e affermando la soggezione delle stesse A.S.P. ai vincoli di coordinamento della *“finanza pubblica allargata”*. A tale proposito la Corte ha valorizzato l'assoluta assenza di finalità di lucro e la necessità di assicurare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa delle A.S.P., le quali operano *“con criteri imprenditoriali”* rispetto a tali ragioni di efficienza, efficacia ed economicità, ma non sono imprenditori *strictosensu*;

VISTO il Comunicato Presidenziale ANAC del 10 aprile 2015, con cui l'Autorità, coerentemente con il richiamato orientamento della Corte costituzionale, ha chiaramente ricompreso le A.S.P. nel novero degli Enti pubblici non economici di livello regionale, conformemente a quanto già affermato, rispetto alle I.P.A.B., con orientamento n. 88 del 7 ottobre 2014;

VISTA la L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e in particolare l'art. 2, c. 1, lett. e), che ricomprende le A.S.P. nel novero dei soggetti erogatori pubblici (o equiparati) di servizi socio-sanitari;

VISTA la D.G.R. Liguria n. 768 del 5 agosto 2022, con la quale la Giunta Regionale della Liguria, preso atto delle dimissioni dell'Amministratore Unico, con il parere favorevole dell'Assemblea degli enti, ha provveduto alla nomina di un Commissario straordinario per la gestione dell'Azienda;

DATO ATTO che tale D.G.R. n. 768/2022 è stata notificata all'Azienda l'8 agosto 2022 e pubblicata sul sito istituzionale della Regione Liguria. Pertanto, il Commissario Straordinario nominato ha assunto le funzioni amministrative previste dalla legge e dall'atto di nomina il 9 agosto 2022;

VISTA la D.G.R. Liguria n. 144 del 24 febbraio 2023, con la quale la Giunta Regionale della Liguria ha prorogato, per un ulteriore termine di 12 mesi, l'incarico conferito al Commissario Straordinario.



PREMESSO che

- a) l'art. 6, c1, del DL 80/2021 convertito in L. 113/2021 dispone che “per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'art. 1, c2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di 50 dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, di seguito denominato PIAO, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del Decreto Legislativo 150/2009 e della Legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- b) il quadro normativo per la redazione del PIAO è stato completato lo scorso 24/06/2022 con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del DPR n. 81 (Regolamento recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbito dal Piano Integrato di Attività ed Organizzazione) e con il Decreto Ministeriale dei ministeri della Funzione Pubblica e delle Finanze, che definisce i contenuti e lo schema tipo del PIAO, nonché le modalità semplificate per gli Enti con meno di 50 dipendenti;
- c) nella sua definitiva versione il PIAO assorbe molti dei piani che finora le Pubbliche Amministrazioni erano tenute a predisporre annualmente: performance, fabbisogni del personale, formazione, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione...;
- d) il PIAO rappresenta una semplificazione verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione delle performance e degli strumenti di pianificazione, provando a dare un senso organico e integrato alla pianificazione complessiva dell'Ente;
- e) l'art. 6, comma 7, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, stabilisce che: “In caso di mancata adozione del Piano trovano applicazione le sanzioni di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ferme restando quelle previste dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del DL 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.”;

PRESO ATTO che il data 30 giugno 2022, previa intesa in Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, del 2 dicembre 2021, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 151, il Decreto del Presidente della Repubblica n. 81, recante “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, di cui all'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113; inoltre, in data 30 giugno 2022, previa intesa in Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, del 9 febbraio 2022, è stato pubblicato il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all'art. 6, comma 6 del DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113.

RILEVATO che il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nonché le modalità semplificate per l'adozione dello stesso per gli Enti con meno di 50 dipendenti, stabilisce: all'art. 2, comma 1, in combinato



disposto con l'art. 6 del Decreto medesimo, che reca le modalità semplificate per la redazione del PIAO per le amministrazioni con meno di cinquanta dipendenti, che il PIAO contiene la scheda anagrafica dell'Amministrazione ed è suddiviso nelle Sezioni di cui agli artt. 3, 4 e 5 del Decreto stesso e ciascuna Sezione è a sua volta ripartita in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionale, secondo il seguente schema:

| | |
|-----------|---|
| SEZIONE 1 | SCHEDA ANAGRAFICA ENTE |
| SEZIONE 2 | VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE |
| SEZIONE 3 | CAPITALE UMANO (Struttura Organizzativa) |
| SEZIONE 4 | MONITORAGGIO |

CONSIDERATO che al fine di garantire il regolare svolgimento e la continuità dell'azione amministrativa, così come definita negli strumenti di programmazione di cui questo Ente si è dotato, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, è necessario dare tempestiva attuazione alle disposizioni normative in materia di pianificazione e programmazione di cui all'art. 6, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, divenute efficaci, in data 27 giugno 2022, in conseguenza della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Decreto del Presidente della Repubblica n. 81, recante "Regolamento recante l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e della pubblicazione del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), coordinando i provvedimenti di pianificazione e programmazione precedentemente approvati, all'interno dello schema tipo di PIAO, definito con il citato decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione;

VISTI

- a) il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modifiche;
- b) il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni) e successive modifiche;
- c) la legge 6 novembre 2012 n. 190 e successive modifiche e integrazioni recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- d) il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni";
- e) il Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97, attuativo dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";



- f) la deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019, con la quale l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- g) gli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" adottati dal Consiglio dell'ANAC in data 2 febbraio 2022;
- h) la legge 7 agosto 2015 n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche) e successive modifiche e, in particolare, l'articolo 14;
- i) la legge 22 maggio 2017, n. 81 (Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato) e successive modifiche e, in particolare, il capo II;
- j) il decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246) e successive modifiche e, in particolare, l'articolo 48;
- k) la direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e per l'innovazione e del Ministro per le pari opportunità del 4 marzo 2011, (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 "art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183");
- l) la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° giugno 2017, n. 3 (Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti);
- m) la direttiva n. 2/2019 del 26 giugno 2019 del Ministro per la pubblica amministrazione e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega in materia di pari opportunità (Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche);
- n) le Linee guida del 30 novembre 2021 del Dipartimento della Funzione pubblica in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche;
- o) il decreto legge 7 marzo 2005, n. 82, recante "Codice dell'Amministrazione digitale", ed in particolare l'art. 12 che disciplina "Norme generali per l'uso delle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni nell'azione amministrativa";
- p) il "Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione 2021-2023", comunicato da AgID sul proprio sito istituzionale in data 10 dicembre 2021;

DELIBERA

1. **di PREVEDERE** che la premessa forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e si intende interamente richiamata e trascritta;
2. **di APPROVARE**, ai sensi dell'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, secondo lo schema definito con Decreto del Ministro per



la Pubblica Amministrazione, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale;

3. **di DARE MANDATO** agli uffici competenti di provvedere alla pubblicazione della presente deliberazione unitamente all'allegato Piano Integrato di Attività e Organizzazione, all'allegato 1 "Obiettivi Gestionali" e all'allegato 2 " Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023-2025, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente"

5. **di DARE MANDATO** agli uffici competenti di provvedere alla trasmissione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, come approvato dalla presente deliberazione, al Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo le modalità dallo stesso definite, ai sensi dell'art. 6, comma 4, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n.113.

Il Commissario Straordinario

Avv. Gabriele Marino Noberasco



ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE N. 66

Della suestesa deliberazione viene iniziata oggi la pubblicazione all'Albo Pretorio per 15 giorni consecutivi dal 17 ottobre 2023 al 01 novembre 2023.

Li 17 ottobre 2023

Il Commissario Straordinario

Avv. Gabriele Marino Noberasco

**Azienda pubblica di servizi alla persona
Ospedale Sant'Antonio**

**PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
2023/2025**

Sassello, 14 ottobre 2023

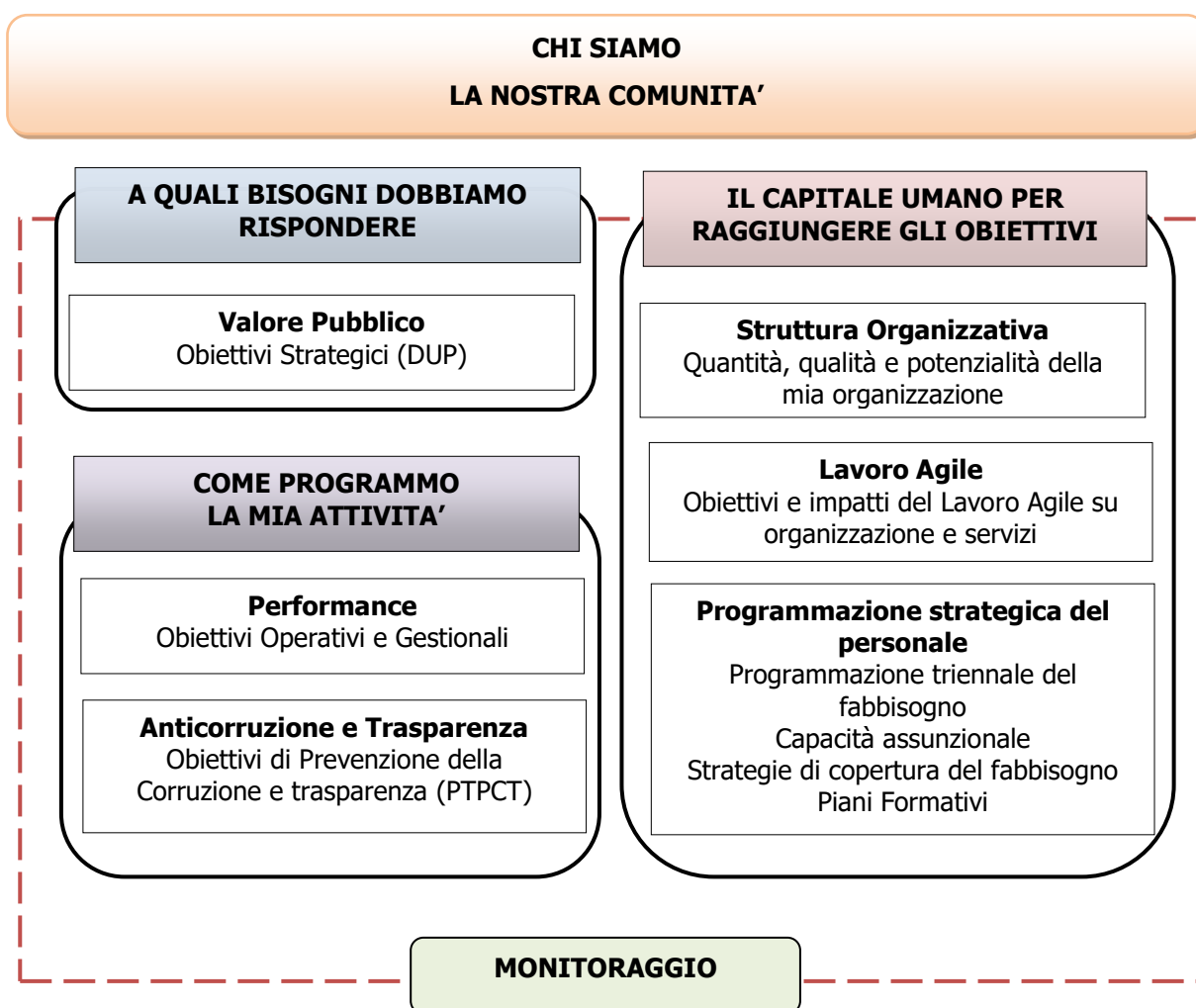
INDICE

| | |
|---|---|
| PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE..... | 3 |
| SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ENTE | 4 |
| SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 6 |
| 2.1 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 6 |
| SEZIONE 3 CAPITALE UMANO..... | 6 |
| SEZIONE 4 - MONITORAGGIO..... | 7 |

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

Il PIAO ¹ è stato promulgato con l'obiettivo di dotare le pubbliche amministrazioni di un unico strumento di **programmazione integrato**, con il quale sia possibile "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso" e consentire un maggior **coordinamento dell'attività programmatica e una sua semplificazione**.

Struttura e composizione



"... E' lo strumento di riconfigurazione e integrazione (necessariamente progressiva e graduale), sia per realizzare in concreto gli obiettivi per i quali è stato concepito e per accompagnare la "contestualizzazione" unica sul piano formale dei piani ora vigenti con una effettiva integrazione e "metabolizzazione" tramite la progressiva ricerca, sul piano sostanziale, di sinergie, analogie, individuazione e –soprattutto –eliminazione di duplicazioni tra un piano e l'altro e soppressione delle formalità inutili".

(Consiglio di Stato - Consiglio di Stato Sezione Consultiva per gli atti Normativi – febbraio 2022)

¹ D.L. n. 80/2021, d.P.R. n. 81/2022, D.M. del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 132/2022

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ENTE

| | |
|---------------------------------|---|
| DENOMINAZIONE ENTE | AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA OSPEDALE SANT'ANTONIO |
| INDIRIZZO | VIA GEROLAMO BADANO 23 |
| Rappresentante legale | AVV. GABRIELE MARINO NOBERASCO |
| CODICE FISCALE | 00240980094 |
| PEC | santantonio.sassello@pec.it |
| SITO ISTITUZIONALE | http://www.santantoniosassello.it |
| DIPENDENTI (al 31/12/22) | 10 |

Relazione descrittiva

L'ASP Ospedale S. Antonio è un'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona derivante dalla trasformazione dell'ex I.P.A.B. Ospedale S. Antonio, approvata con Deliberazione della Giunta Regionale della Liguria n. 1618 del 16 dicembre 2003, a norma del DLgs 4 maggio 2001, n. 207. L'attuale assetto dell'Azienda deriva dalla fusione, operata con Deliberazione della Giunta Regionale della Liguria del 6 agosto 2003, tra la stessa IPAB Ospedale S. Antonio e l'IPAB Opera Pia Perrando, storica istituzione del territorio sassellese. In tal senso, l'ASP Ospedale S. Antonio ha raccolto l'eredità e prosegue nell'attività dei due Enti con scopo assistenziale, e conserva oggi un'importanza rilevante per la popolazione, sia dal punto di vista storico e della tradizione, sia in senso più concreto- quale presidio di riferimento per le attività sociosanitarie e assistenziali.

Come noto, le Aziende di Servizi alla Persona, derivanti dalla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), a norma dell'art. 6, c.1, del dlgs 4 maggio 2001, n. 207, e conformemente all'art.1', c1, lett. B), della Legge Quadro 8 novembre 2000, n.328, non hanno finalità di lucro, hanno personalità giuridica di diritto pubblico, sono dotate di autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed operano "con criteri imprenditoriali". Tale configurazione delle ASP, come enti pubblici autonomi senza finalità di lucro è ripresa, nella sua interezza, dalla L.R. 15 novembre 2014, n. 33.

Nella prassi amministrativa si ritiene applicabile alle ASP la disciplina prevista dal dlgs 18 agosto 2000, n. 267 (*Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali*).

In proposito l'ANAC – con Comunicato Presidenziale del 10 aprile 2015- ha assimilato le ASP alla categoria degli Enti pubblici non economici di livello regionale, conformemente a quanto già affermato, rispetto alle

IPAB, con orientamento n.88 del 7 ottobre 2014. Alle ASP si applicano, dunque, le disposizioni di cui alla L. 6 novembre 2012, n. 190 (in materia di prevenzione della corruzione), al Dlgs 14 marzo 2013, n. 33 (in materia di trasparenza) e al Dlgs 8 aprile 2013, n. 39 (in materia di inconfiribilità e incompatibilità).

L'ASP Ospedale S. Antonio opera, oggi, in forza dello statuto modificato con Delibera del Consiglio di Amministrazione del 22 novembre 2019 e approvato con Deliberazione della Giunta Regionale della Liguria n. 1083, del 9 dicembre 2019, adeguato alle disposizioni di cui alla L.R. n. 33/2014, come novellata dalla L.R. 28 dicembre 2017, n. 29.

Conformemente all'art.2 dello Statuto, l'attività istituzionale principale dell'ASP è quella di *"prestare servizio di ospitalità e assistenza familiare e domiciliare ai cittadini Sassellesi per nascita o residenza o anche a non Sassellesi"* (art.2, c1, lett. a) dello Statuto), assicurando in ogni caso il rispetto dei principi di *"uguaglianza e pari dignità"* (art.2, c3, dello Statuto).

Tale attività istituzionale si concreta in coerenza con le finalità istituzionali dell'Ente, nella prestazione di servizi sociosanitari residenziali in favore della popolazione anziana, secondo il modello della Residenza Protetta, accreditata ai sensi della vigente disciplina regionale, la quale eroga il proprio servizio pubblico anche in regime di Convenzione con il Servizio Sanitario Regionale.

L'attività principale si svolge presso il complesso immobiliare istituzionale, di proprietà dell'Ente, sito in Sassello (SV) via G. Badano 23.

Le condizioni di progressiva difficoltà e criticità della situazione economico-finanziaria dell'Azienda, ulteriormente aggravata dalle ricadute negative della pandemia COVID sulle attività sociosanitarie destinate alla popolazione anziana, hanno portato all'assunzione di provvedimenti di natura straordinaria. Con Deliberazione n. 768, del 5 agosto 2022, pubblicata il 9 agosto 2022, ai sensi dell'art. 13, c4, lett. b), della L.R. 15 novembre 2014, n. 33, la Giunta Regionale della Liguria, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza previste, ha nominato un *"Commissario straordinario"* dell'ASP per *"valutare la reale situazione gestionale dell'ASP, al fine di poter assumere le conseguenti determinazioni in merito al processo di risanamento ovvero all'avvio di un nuovo ciclo amministrativo e gestionale in un quadro di correttezza e chiarezza contabile ed economico patrimoniale"*. Il Commissario straordinario ha pertanto garantito le funzioni di gestione ordinaria e straordinaria con l'assunzione di tutti quei provvedimenti atti a regolarizzare le criticità contabili e amministrative e gestionali nonché lo svolgimento di tutti gli incombeni derivanti anche verso terzi dalla problematica situazione economico finanziaria dell'ente. La riorganizzazione complessiva, il contenimento della spesa e la riduzione dell'esposizione debitoria, il perseguimento del pareggio di bilancio costituiscono le priorità strategiche che caratterizzano l'attuale fase di vita dell'ASP Ospedale Sant'Antonio.

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Ai sensi del DM n. 132/2022, gli Enti con meno di 50 dipendenti non sono tenuti alla redazione delle sottosezioni 2.1 "Valore pubblico" e 2.2 "Performance". Tuttavia, anche al fine della successiva distribuzione della retribuzione di risultato ai Responsabili/Dipendenti, vengono allegati come parte integrante del presente PIAO le schede obiettivo di performance (v. All.1)

2.1 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

- Premesso che con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 6 del 19/05/2023 è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023/2025 – che viene allegato al presente Piao e che costituisce un aggiornamento del Piano precedentemente redatto per il periodo 2021-2023 che viene allegato al presente Piao (v. All. 2);
- premesso inoltre che con deliberazione del Commissario Straordinario n. 17 del 12 settembre 2023, è stato nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il Dott. Daniele Pitto in sostituzione della Dott.ssa Simona Caviglia;
- considerato infine che si ritiene opportuno un adeguamento delle modalità dei criteri di calcolo del rischio; considerato tutto ciò l'ASP Ospedale Sant'Antonio, applicando il principio di gradualità auspicato da ANAC, soprattutto per gli Enti di ridotta dimensione organizzativa, intende aggiornare progressivamente la Gestione del Rischio (mappatura, valutazione e gestione), con tutte le disposizioni previste dal PNA 2019 e dal PNA 2022, implementando la mappatura dei processi a rischio, applicando i nuovi criteri di calcolo del rischio e revisionando le misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche che devono essere introdotte e programmate gradualmente per essere sostenibili e verificabili, al fine di garantire una efficace azione di monitoraggio delle stesse. L'Azienda pertanto intende ottemperare a tale impegno in tempi congrui e comunque entro la prossima edizione del Programma Integrato di Attuazione e Organizzazione.

SEZIONE 3 CAPITALE UMANO

Le citate condizioni emergenziali dell'Ente, che hanno comportato la necessità di una gestione commissariale, com'è evidente non offrono alcun margine alle capacità assunzionali dell'Azienda che pertanto non prevede in nessun modo assunzioni a tempo determinato o indeterminato nel triennio 2023-2025. Le stesse ragioni, relative al dissesto finanziario in essere, azzerano di fatto e in ogni ambito (formativo, delle azioni positive, del lavoro agile etc) la capacità programmatica delle risorse umane dell'ASP. Nell'ottica delle misure straordinarie e urgenti volte al risanamento e volte a una riorganizzazione complessiva orientata a criteri di efficienza ed efficacia della gestione è infatti attualmente in corso il passaggio del personale che svolge funzioni sanitarie e assistenziali in capo alla Sant'Antonio servizi srl,, società in house costituita in base a quanto previsto sia

dall'art. 12 della legge regionale 12 novembre 2014, n. 33, sia dallo Statuto dell'ASP Ospedale Sant'Antonio. Sarà possibile in tal modo l'applicazione di contratti collettivi di lavoro diversi e meno onerosi di quello attualmente adottato. Pertanto, è previsto che a far data dal mese di Gennaio 2024 i soli dipendenti della ASP Ospedale sant'Antonio rimarranno n 1 funzionaria amministrativa (Area degli Operatori Esperti) e n 1 Responsabile Amministrativo (Area dei funzionari e dell'Elevata Qualificazione). (potrebbe essere implementate questa sezione)

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Nello schema sotto riportato la situazione della struttura in capo all'Azienda al 31 dicembre 2022 confrontata con la situazione al 31 luglio 2023 evidenzia la progressione della ristrutturazione in corso.

DIPENDENTI ASP DICEMBRE 2022

2 INFERMIERI
3 OSS
1 FISIOTERAPISTA
1 CUOCA
1 AUSILIARIA
1 INFERMIERA CON MANSIONI DI FUNZIONARIA AMMINISTRATIVA
1 FUNZIONARIA AMMINISTRATIVA

1 DIRETTORE (CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO-NON DIPENDENTE)
1 DIRETTORE SANITARIO (CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE)

DIPENDENTI ASP 31 LUGLIO 2023

2 INFERMIERI
2 OSS
1 AUSILIARIA
1 FUNZIONARIA AMMINISTRATIVA

1 FUNZ. RESP. AMM. IN COMANDO
1 DIR. SAN. (CONTRATTO DI LIB.PROF.)

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Ai sensi del DM n. 132/2022, gli Enti con meno di 50 dipendenti non sono tenuti alla redazione della Sezione 4 "Monitoraggio". Saranno comunque osservate a cura dei responsabili delle attività di monitoraggio le azioni previste dalla normativa in tale ambito.

OBIETTIVO GESTIONALE INTERSETTORIALE

| DIRIGENTE / PO | | SETTORE/CDR | | ALTRI CDR COINVOLTI | | | |
|---|--|-------------|---|---------------------|-----------|----------|------|
| RESPONSABILE AMMINISTRATIVO | | TUTTI | | | | | |
| OBJ Strategico DUP | | | | Missione | 01 | | |
| OBJ Operativo DUP | | | | Programma | 02 | | |
| Titolo Obiettivo: | Prevenzione della corruzione e trasparenza all'interno del Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) | | | | | | |
| Descrizione Obiettivo: | <p>L' Ente si propone di procedere all'aggiornamento delle strategie di prevenzione dei rischi corruttivi che, alla luce dei nuovi strumenti di programmazione, sono contenute nella sezione apposita del PIAO e perciò integrate nell'ambito di una programmazione triennale più ampia. Il fine ultimo è quello di contribuire, attraverso la prevenzione della corruzione, alla generazione e protezione del valore pubblico evitando il più possibile che i fenomeni corruttivi possano eroderlo. Una parte consistente dell'obiettivo sarà dedicata all'elaborazione della sezione del PIAO riguardante l'anticorruzione e la trasparenza nell'ottica dell'integrazione con le altre sezioni. L'Ente, inoltre, porterà avanti l'attività di verifica della mappatura dei processi tenendo conto che, oltre ai processi ritenuti dall'ASP Ospedale S. Antonio a più alto rischio corruttivo, il mutato quadro normativo rende necessario una particolare attenzione ai processi che prevedono la gestione di finanziamenti. Delle misure individuate, sia generali che specifiche (con particolare attenzione al divieto di pantouflage), sarà opportunamente individuata la programmazione del monitoraggio di cui si darà applicazione durante l'anno come da indicazioni PNA 2022-2024. Al fine di coinvolgere tutti i dipendenti, l'Ente si avvarrà di corsi di formazione in presenza o in modalità FAD.</p> | | | | | | |
| Tempi di realizzazione | | | | 2023 | 2024 | 2025 | |
| | | | | x | x | x | |
| Descrizione delle fasi di attuazione nell'anno: | | | | | | | |
| 1 | Studio propedeutico per la stesura della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 | 6 | Monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione (vedi tabella PNA 2023-2025) | | | | |
| 2 | Mappatura dei processi/aree a maggior rischio di corruzione, identificazione e valutazione del rischio, programmazione delle misure e del loro monitoraggio | 7 | Aggiornamento del Codice di comportamento in base alle linee guida ANAC | | | | |
| 3 | Approvazione del PIAO 2023-2025 | | | | | | |
| 4 | Attuazione delle misure previste dalla sezione Rischi corruttivi del PIAO 2023-2025 relative all'anno corrente | 9 | | | | | |
| 5 | Formazione specifica ai Dirigenti/ PO/ Responsabili di Servizio in tema di prevenzione della corruzione | | | | | | |
| INDICATORI DI RISULTATO | | | | | | | |
| Indici di efficacia | | | ATTESO | RAGGIUNTO | Scost. | 2024 | 2025 |
| N. sezioni individuate oggetto di aggiornamento | | | | | | | |
| N. di processi/aree ad alto rischio corruttivo | | | | | | | |
| % dipendenti formati | | | 1 | | | | |
| N. momenti di confronto tra Responsabili di Settore/RPCT e dipendenti svolti nell'anno per la condivisione di contenuti in tema di Anticorruzione e Codice di Comportamento | | | 1 | | | | |
| Integrazione con PIAO | | | si | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Indici di efficacia temporale | | | ATTESO | RAGGIUNTO | Scost. | 2024 | 2025 |
| % rispetto fasi e tempi | | | 100% | | | | |
| Svolgimento monitoraggio PTPCT | | | si | | | | |

OBIETTIVO GESTIONALE INTERSETTORIALE

| DIRIGENTE / PO | | SETTORE/CDR | ALTRI CDR COINVOLTI | | | |
|---------------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------|------|------|
| RESPONSABILE AMMINISTRATIVO | | TUTTI | | | | |
| OBJ Strategico DUP | | | Missione | 01 | | |
| OBJ Operativo DUP | | | Programma | 02 | | |
| | | | | | | |
| Indici di efficienza economica | | ATTESO | RAGGIUNTO | Scost. | 2024 | 2025 |
| | | | | | | |
| Indici di qualità | | ATTESO | RAGGIUNTO | Scost. | 2024 | 2025 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

OBIETTIVO GESTIONALE INTERSETTORIALE

| | | | |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-----------|
| DIRIGENTE / PO | SETTORE/CDR | ALTRI CDR COINVOLTI | |
| RESPONSABILE AMMINISTRATIVO | TUTTI | | |
| OBJ Strategico DUP | | Missione | 01 |
| OBJ Operativo DUP | | Programma | 02 |

| CRONOPROGRAMMA | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| FASI E TEMPI | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| VERIFICA INTERMEDIA AL 30/06/2023 | VERIFICA INTERMEDIA AL 31/10/2023 |
| MEDIA VALORE RAGGIUNTO % | MEDIA VALORE RAGGIUNTO % |
| MEDIA RISPETTO DEI TEMPI % | MEDIA RISPETTO DEI TEMPI % |
| VERIFICA INTERMEDIA AL | VERIFICA FINALE AL |
| MEDIA VALORE RAGGIUNTO % | MEDIA VALORE RAGGIUNTO % |
| MEDIA RISPETTO DEI TEMPI % | MEDIA RISPETTO DEI TEMPI % |

| Analisi degli scostamenti | | Analisi degli scostamenti | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Cause | | Cause | |
| Effetti | | Effetti | |
| Provvedimenti correttivi | | Provvedimenti correttivi | |
| Intrapresi | | Intrapresi | |
| Da attivare | | Da attivare | |

OBIETTIVO GESTIONALE INTERSETTORIALE

| DIRIGENTE / PO | SETTORE/CDR | ALTRI CDR COINVOLTI | |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-----------|
| RESPONSABILE AMMINISTRATIVO | TUTTI | | |
| OBJ Strategico DUP | | Missione | 01 |
| OBJ Operativo DUP | | Programma | 02 |

| PERSONALE DIRIGENZIALE E DEI LIVELLI COINVOLTI NELL'OBIETTIVO | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------|--------------|-------------------|---------------------|
| Cat. | Cognome e Nome | % Partecipazione | Costo orario | % di tempo n° ore | Costo della risorsa |
| D4 | PITTO DANIELE | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 1 | COSTO DELLE RISORSE INTERNE | | | | |

| RISORSE AGGIUNTIVE UTILIZZATE | | |
|---|-------------|------------|
| Tipologia | Descrizione | Costo |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| COSTO COMPLESSIVO DELL'OBIETTIVO | | |
| COSTO COMPLESSIVO DELL'OBIETTIVO | | € - |

A.S.P. OSPEDALE SANT'ANTONIO

Il Commissario Straordinario



VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 06 DEL 19 MAGGIO 2023

OGGETTO: PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2023-2025

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTO il d.lgs. 4 maggio 2001, n. 207, recante *Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 9 novembre 2000, n. 328*, il cui art. 6 attribuisce alle Aziende pubbliche di servizi alla persona, derivanti dalla trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che operano senza finalità di lucro (c. 1) *“personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;*

VISTA la L.R. 15 novembre 2014, n. 33, recante, a livello regionale, la *“Disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona e fondazioni derivanti dalla trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”;*

VISTO lo Statuto dell'A.S.P. Ospedale S. Antonio;

VISTA la D.G.R. Liguria n. 768 del 5 agosto 2022, con la quale la Giunta Regionale della Liguria, preso atto delle dimissioni dell'Amministratore Unico, con il parere favorevole dell'Assemblea degli enti, ha provveduto alla nomina di un Commissario straordinario per la gestione dell'Azienda;

DATO ATTO che tale D.G.R. n. 768/2022 è stata notificata all'Azienda l'8 agosto 2022 e pubblicata sul sito istituzionale della Regione Liguria. Pertanto, il Commissario Straordinario nominato ha assunto le funzioni amministrative previste dalla legge e dall'atto di nomina il 9 agosto 2022;

RILEVATO che:

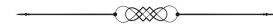
- su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza viene approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (articolo 1, comma 8 della legge 190/2012 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;*

- in seguito alle modifiche intervenute nel 2016 (D.Lgs. n. 97/2016) sulle norme in materia di pubblicità e trasparenza e anticorruzione, le misure che garantiscono la trasparenza sono state integrate con le misure anticorruzione, unificando in un solo strumento il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità;

- il Piano costituisce lo strumento attraverso il quale le Amministrazioni prevedono azioni e interventi efficaci nel contrasto ai fenomeni corruttivi concernenti l'organizzazione e l'attività amministrativa;

RICHIAMATA la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, approvata con Verbale di Deliberazione dell'Amministratore Unico n. 2 del 01/03/2021;

VISTO lo schema di Piano di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2021-2023, predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, approvato con Verbale di Deliberazione n.3 del 31/03/2021;



VISTO il PNA 2022 Delibera ANAC n.7 del 17.01.2023 che prevede la conferma, nel triennio, della programmazione dell'anno precedente per le amministrazioni e gli enti con meno di 50 dipendenti.

VISTO l'aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2021-2023, redatto in data 28/06/2022, in merito alla gestione delle segnalazioni di condotte illecite a tutela dell'integrità dell'Ente, ai sensi della Delibera di ANAC n. 469 del 09/06/2021 e della L. n.179/2017, approvato con Verbale di Deliberazione dell'Amministratore Unico n. 17 del 28/07/2022;

DATO ATTO che nel corso dell'anno precedente: non sono emersi fatti corruttivi o ipotesi di disfunzioni amministrative significative non sono state introdotte modifiche organizzative rilevanti ed infine non sono stati modificati gli obiettivi strategici dell'ASP Ospedale S. Antonio

RITENUTO di confermare per il triennio 2023-2025, il Piano Anticorruzione precedentemente redatto per il periodo 2021-2023, aggiornato esclusivamente nell'individuazione delle figure apicali, approvato con Verbale di Deliberazione n.3 del 31/03/2021 e n. 17 del 28/07/2022;

DELIBERA

di APPROVARE, per le motivazioni espresse in premessa, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il triennio 2023-2025 per l'ASP Ospedale S. Antonio, che si allega al presente atto, costituendone parte integrante e sostanziale;

di DICHIARARE la presente Deliberazione immediatamente esecutiva.



GABRIELE MARINO
NOBERASCO
A.S.P. OSPEDALE
SANT'ANTONIO
COMMISSARIO
STRAORDINARIO
19.05.2023 11:54:45
GMT+01:00

Il Commissario Straordinario

Avv. Gabriele Marino Noberasco

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE N. 22

Della suesposta deliberazione viene iniziata oggi la pubblicazione all'Albo Pretorio per 15 giorni consecutivi dal 19/05/2023 al 03/06/2023

Li 19/05/2023

Il Commissario Straordinario

Avv. Gabriele Marino Noberasco



GABRIELE
MARINO
NOBERASCO
A.S.P. OSPEDALE
SANT'ANTONIO
COMMISSARIO
STRAORDINARIO
19.05.2023
11:54:45
GMT+01:00

A.S.P. OSPEDALE SANT'ANTONIO

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2023/2025
(Aggiornamento 2023)**

(ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012)

(approvato con Verbale di Deliberazione del Commissario Straordinario n. 5 del 19/05/2023)

Premessa

La presente proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C) viene redatta secondo le indicazioni della Legge n. 190/2012, della circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, della Deliberazione ANAC n. 72/2013 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione, e delle determinazioni ANAC succedutasi negli anni in materia di aggiornamento del P.N.A.

Il presente aggiornamento rappresenta la conferma della programmazione dell'anno precedente in accordo con quanto previsto nel PNA 2022, Delibera ANAC n.7 del 17.01.2023, per le amministrazioni e gli enti con meno di 50 dipendenti.

Attraverso l'adozione del P.T.C.P si introducono strategie e strumenti volti a prevenire e contrastare il fenomeno della corruzione, promuovendo la diffusione della cultura della prevenzione dei comportamenti corrotti e dell'etica dell'azione amministrativa, garantendo la trasparenza dell'azione amministrativa e l'efficacia dei controlli interni.

Per chiarezza espositiva occorre precisare il concetto di corruzione sotteso alla normativa di settore, al P.N.A e al presente piano, dal momento che è importante individuare in concreto quali sono i comportamenti da prevenire e contrastare. In tale contesto il termine corruzione esorbita dalle fattispecie disciplinate dal codice penale, poiché va inteso in un'accezione ampia che comprende l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione e tutte le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, un soggetto pubblico abusa del potere attribuitogli e, più in generale, della propria posizione al fine di ottenere vantaggi privati. In pratica rilevano tutti i casi in cui si evidenzia un malfunzionamento dell'amministrazione, nel senso di una devianza dai canoni della legalità, del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa, causato dall'uso per interessi privati delle funzioni pubbliche attribuite.

Direttamente collegato al P.T.P.C è il *Piano Triennale per la trasparenza e l'integrità* allegato al presente Piano.

Con riferimento all'art. 1, commi 44 e 45 della legge 190/2021, è stato approvato con Determinazione dell'Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021, il *Codice di Comportamento del personale*, reso disponibile sul sito web istituzionale alla Sezione "*Amministrazione Trasparente*".

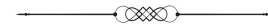
1. Il contesto e le competenze fondamentali dell'Ospedale S. Antonio – Residenza Protetta

In tempi antichi, senza che si abbiano riscontri circa il momento della sua istituzione, veniva costituita l'Opera Pia Ospedale del Comune di Sassello, sotto la denominazione Ospedale S. Antonio, che aveva per scopo principale quello di provvedere: al ricovero, alla cura ed al mantenimento gratuiti degli infermi poveri di mente di ambo i sessi, appartenenti al Comune di Sassello per domicilio di soccorso e che non avessero congiunti tenuti per legge a provvedere alla loro sorte.

L'Ospedale poteva inoltre ammettere anche malati non poveri, salvo il pagamento delle rette.

In data 27 settembre 1909, con Regio Decreto a firma Re Vittorio Emanuele II l'Ospedale di Sassello veniva concentrato nella Congregazione della Carità locale, e veniva approvato il suo primo Statuto, composto di quindici articoli. Tale Statuto stabiliva che l'Opera Pia Ospedale del Comune di Sassello era costituita "ab immemorabili" e che la stessa veniva regolata, sotto la denominazione Ospedale S. Antonio, dalle leggi 18 luglio 1890; n.6972 (c.d legge Crispi) e 18 luglio 1904, n. 390 sulle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza e relativi regolamenti 5 febbraio 1891, n. 99 e gennaio 1905, n. 12.

A far data dal 1939, l'Amministrazione dell'Ente veniva decentrata, con Regio Decreto, dall'Ente Comunale di Assistenza (che con la riforma del 1937 aveva sostituito la Congregazione di Carità) ed affidata ad un Consiglio di Amministrazione composto da un Presidente nominato dal Prefetto e da quattro membri di cui



due nominati dal Comitato Amministrativo dell'E.C.A., uno dal Podestà ed uno dal Segretario Politico del Fascio di Combattimento di Sassello. La loro durata in carica era prevista in 4 anni, con possibilità di riconferma. Tale struttura amministrativa, con le variazioni dovute alla caduta del fascismo, alla diversa forma di Stato ed alle riforme degli anni '70 sulle competenze regionali, è quella che troviamo presente ancora oggi.

In epoca più prossima ai giorni nostri, a seguito della riforma del sistema di assistenza sociale e della gestione degli enti preposti, nonché a seguito della soppressione dell'E.C.A., lo Stato anche in virtù del DPR 616/1977 sul decentramento amministrativo, delegava alle Regioni le materie relative all'assistenza e beneficenza pubblica. In conseguenza di tale riforma, l'Ospedale S. Antonio assumeva la qualifica di I.P.A.B. (Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza); veniva amministrato da un Presidente e da quattro Consiglieri, nominati con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Liguria, su proposta del Consiglio Comunale di Sassello. Gli stessi duravano in carica quattro anni con possibilità di riconferma.

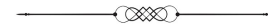
A far data dal 30 settembre 2003, la R.P. Ospedale S. Antonio ha assunto il fine istituzionale ed incorporato il patrimonio dell'Opera Pia Perrando di Sassello, altra IPAB del territorio che era destinata ad essere messa in liquidazione e successivamente estinta per la normativa statale e regionale entrata in vigore rispettivamente nel 2001 e nel 2003, normativa che prevedeva inoltre la soppressione di tutte le IPAB e la trasformazione delle stesse in aziende pubbliche di servizi alla persona o soggetti di diritto privato senza fine di lucro.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1618 del 16.12.2003 l'I.P.A.B. Ospedale S. Antonio è stata trasformata in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, mantenendo così la personalità giuridica di diritto pubblico.

In data 22 gennaio 2019 l'Ambito Territoriale Sociale n.30, composto dai Comuni di Sassello, Stella, Urbe e Mioglia ha proposto l'avvio di un rapporto di collaborazione tra l'Ambito stesso e l'A.S.P Ospedale S. Antonio di Sassello, al fine di poter creare un unico polo sociale e socio-sanitario di riferimento per il territorio, come da Verbale approvato con Delibera di Giunta dell'Unione dei Comuni del Beigua n.40 del 29/11/2019.

La proposta di collaborazione ha dato avvio a diversi tavoli di concertazione tra Regione Liguria, la Conferenza dei Sindaci di Ambito e il Consiglio di Amministrazione dell'ASP portando all'approvazione dei seguenti atti:

- Modifica dello Statuto dell'Azienda di Servizi alla Persona Ospedale S. Antonio, come da Verbale di Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 36 del 22/11/2019, approvata con DGR n.1083 del 09/12/2019, che introduce la figura dell'Amministratore unico in sostituzione del Consiglio di Amministrazione, in attuazione della Legge Regionale n. 33/2014, art. 4, c. 1 bis. *“Le Aziende possono, con apposita modifica statutaria, prevedere in Statuto la possibilità di optare, in luogo del Consiglio di amministrazione e del Presidente di cui al comma 1, per la nomina, quale organo amministrativo, di un Amministratore unico e la costituzione di un'Assemblea composta da rappresentanti degli enti già competenti alla nomina dei consiglieri di amministrazione di cui al comma 1, lettera a). Lo Statuto in tal caso dovrà prevedere, altresì, le modalità per l'esercizio dell'opzione “;*
- Deliberazione n. 44 del 13 dicembre 2019 del Consiglio di Amministrazione dell'ASP, all'unanimità, con la quale il C.d.A ha deliberato di esercitare l'opzione sopra richiamata e di rassegnare le proprie dimissioni;
- Progetto *“Nuove prospettive di governance locale delle politiche sociali”* tra l'Ambito Territoriale Sociale n.30 e l'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, approvato con DGR 1119 del 17/12/2019;
- Affidamento all'ASP Ospedale S. Antonio delle Funzioni Comunali /Unionale di programmazione e gestione dei Servizi Sociali ed è stata approvata la *“Convenzione quadro per la realizzazione di Interventi e Servizi Sociali e Socio-Sanitari”*, con deliberazioni dei Consigli Comunali/ Unionale n.15



del 21/12/2019 (Unione dei Comuni del Beigua), n. 59 del 23/12/2019 (Comune di Stella), n.39 del 20/12/2019 (Comune di Mioglia).

La nuova pianificazione all'interno dell'ASP ha così portato a una revisione dell'assetto organizzativo, con la definizione e la nomina dell'Amministratore Unico/ Direttore Generale dell'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, approvata con DGR n.2/2020.

Tale assetto si è in parte modificato con le dimissioni dell'Amministratore Unico e la conseguente nomina di un Commissario straordinario per la gestione dell'Azienda, come da D.G.R. Liguria n. 768 del 5 agosto 2022. Mentre l'affidamento della funzione Servizi Sociali, da parte dei Comuni dell'ATS n.30, è stato prorogato fino al 30/06/2023 in attesa di diversa riorganizzazione.

L'ASP S. Antonio di Sassello opera nell'area dei servizi residenziali ed è una Residenza Protetta autorizzata per 79 posti letto di cui 14 in Convenzione ASL (posti di Mantenimento).

L'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, posta al centro di uno spazio verde, alberato e attrezzato, usufruibile dagli ospiti offre un ambiente confortevole e tranquillo. Dispone di uno staff infermieristico altamente professionale che dedica attenzione e cura alle esigenze di ogni ospite.

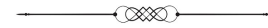
L'Ente è inserito nel sistema regionale di interventi e servizi sociosanitari definiti dalle leggi della Regione Liguria ed orienta la sua attività al rispetto della stessa indicati.

Costituiscono altresì riferimenti rilevanti dal punto di vista della corruzione, data la specificità di questo istituto:

- Il Manuale di Autorizzazione e Accreditamento approvato da A.Li.Sa in data 28/12/2017;
- I Contratti di servizio per la regolamentazione dei servizi convenzionati stipulati con i soggetti committenti (ASL n.2 Savonese);
- La Carta dei Servizi (pubblicata nel sito istituzionale).

L'Ospedale S. Antonio riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali nel perseguimento delle funzioni istituzionali e assicura il rispetto dei seguenti principi di condotta:

- Rispetto della legge
- Onestà e diligenza
- Equità ed uguaglianza
- Buona fede
- Imparzialità
- Trasparenza
- Centralità e tutela della persona
- Riservatezza
- Efficienza ed efficacia
- Semplificazione



2. Soggetti

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASP Ospedale S. Antonio sono: **Ruolo**

Responsabilità/posizione di lavoro in Istituto

Competenze sulla prevenzione della corruzione

Organo di indirizzo e controllo

Commissario Straordinario

✓ Nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza
 ✓ Adotta il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza e integrità e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione
 ✓ Formula indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Integrità

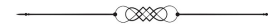
Settore Amministrativo
 D.ssa Simona Caviglia –
 nominata con determina
 Amministratore Unico n.2 in
 data 01/03/2021

✓ Propone al Commissario Straordinario e al Responsabile Amministrativo gli atti e i documenti per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e di quello della Trasparenza e Integrità e ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione
 ✓ Elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione
 ✓ Cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti in collaborazione con il Direttore Sanitario
 ✓ In qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità promuove l'applicazione del relativo programma

Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

Ufficio Area Amministrativa
 Dott. Daniele Pitto

✓ Implementa la BDNCP presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica dell'ASP Ospedale S. Antonio Sassello



| | | |
|---------------------------------|---|--|
| <i>Dipendenti dell'Istituto</i> | Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Partecipano al processo di gestione del rischio ✓ Osservano le misure contenute nel PTCP e nel Codice di comportamento ✓ Segnalano eventuali situazioni di illecito |
| <i>Collaboratori</i> | Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Istituto | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Osservano le misure contenute nel PTCP e nel Codice di comportamento ✓ Segnalano eventuali situazioni di illecito |
| <i>NIV</i> | Nucleo Indipendente di Valutazione (OIV) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Svolge le funzioni e le attività di cui all'art. 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009; ✓ Svolge i compiti connessi all'attività di prevenzione della corruzione in relazione a quanto previsto dagli artt. 43 e 44 del D.lgs 33/2013; |

3. La procedura di redazione del Piano

La predisposizione del presente documento è stata curata dalla Dott.ssa Simona Caviglia, nominata *Responsabile della Prevenzione della corruzione e Responsabile della Trasparenza e Integrità* con Determinazione dell'Amministratore Unico n. 2 del 01/03/2021.

Si è proceduto all'analisi dell'organizzazione, delle sue regole e prassi di funzionamento, e all'analisi delle aree considerate a rischio dalla normativa oltre che all'individuazione di ulteriori attività e procedimenti caratterizzanti l'attività svolta dall'Azienda che per loro natura possono presentare una propensione al rischio. Il progetto di Piano è stato verificato congiuntamente con i Responsabili di P.O (Area Amministrativa e Assistenziale) e con l'apparato amministrativo, per una verifica di coerenza ed eventuali osservazioni e quindi sottoposto all'approvazione Commissario Straordinario.

Il P.T.C.P approvato viene pubblicato sul sito web dell'Azienda.

4. I controlli

Nella prospettiva del contrasto alla corruzione, il tema dei controlli sull'organizzazione e sulle attività dell'amministrazione si pone da un lato come filtro preventivo e dall'altro come verifica successiva dell'operato.

L'attività di controllo e di valutazione della gestione operativa è volta ad assicurare il monitoraggio e la verifica costante della realizzazione degli obiettivi e della efficace, efficiente ed economica gestione delle risorse, nonché in generale, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa e sulla qualità dei servizi.



Il sistema di controllo interno deve:

- Assicurare, attraverso il controllo di regolarità tecnico amministrativa, la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- Verificare, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra costi e risultati;
- Assicurare il controllo degli equilibri finanziari ed economici della gestione;

In considerazione dell'attività assistenziale svolta, di non minore importanza è il controllo della qualità dei servizi svolti. Il controllo sulla qualità dei servizi è svolto secondo modalità definite dall'Azienda, in funzione della tipologia dei servizi e tali da assicurare comunque la rilevazione della soddisfazione dell'utente, la gestione dei reclami e il rapporto di comunicazione con i cittadini.

5. Individuazione delle aree e delle attività con rischio di corruzione

Il P.T.P.C può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito delle attività amministrative svolte dall'Ospedale S. Antonio. Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano recepisce le indicazioni metodologiche e le disposizioni del P.N.A.

5.1 Analisi delle aree e la mappatura dei processi.

Il P.N.A prevede che la fase iniziale del processo di gestione del rischio sia dedicata all'analisi di tutte le aree di rischio e alla mappatura dei processi, intendendo come tali *“quell'insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica”*.

L'identificazione dei processi è una fase complessa, che richiede un forte impegno e un grande dispendio di risorse dell'amministrazione e dell'organizzazione. Si è proceduto pertanto alla ricognizione del grado di esposizione ai rischi di corruzione nel contesto dell'Ospedale S. Antonio, caratterizzato dal particolare tipo di attività svolta (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani autosufficienti e non autosufficienti), dalla particolare strutturazione e dalle ridotte dimensioni dell'organico amministrativo impiegato nelle diverse attività, secondo le modalità di seguito indicate:

Attività di cui all'articolo 1, comma 16, della Legge n. 190/2012 - La norma citata ha individuato alcune aree di rischio e i relativi procedimenti per le quali le Amministrazioni sono tenute ad assicurare livelli essenziali delle prestazioni erogate, ai fini della trasparenza e di prevenzione e contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione:

A. Area: Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D.lvo 150/2009:

B. Area: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.lgs n. 163/2006:

C. Area: concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

D. Area: Autorizzazioni o concessioni; (fattispecie non presente all'interno dei procedimenti dell'Azienda);

5.2 Altre attività a rischio di corruzione

In considerazione della particolare attività svolta dall'Azienda (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani autosufficienti e non autosufficienti) sono state individuate alcune ulteriori aree e procedimenti che possono presentare una propensione al rischio per:

- Coinvolgimento di utenti esterni;
- Discrezionalità nel riconoscimento del diritto alle prestazioni

E' stato quindi valutato se altri procedimenti, oltre a quelli elencati dalla norma di cui al punto precedente, presentano le predette caratteristiche e pertanto possano essere qualificati *“a rischio di corruzione”*.



5.3 La valutazione del rischio

Per ciascuno dei procedimenti/processi che, in esito all'attività ricognitiva sopradescritta, sono stati qualificati "a rischio di corruzione" è stata effettuata la valutazione del grado di rischio insito.

Il grado di rischio è espresso con un punteggio numerico ed indica la potenzialità che si verifichi un evento corruttivo e/o un episodio di illegalità. Per la sua misurazione sono stati utilizzati i criteri proposti nell'allegato 5 del P.N.A (Piano Nazionale Anticorruzione) che considerano sia la probabilità (frequenza di verifica) sia l'impatto (importanza delle conseguenze) del rischio.

La probabilità del verificarsi di ciascun rischio, intesa quindi come frequenza, è valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità
- Valore economico
- Frazionabilità
- Efficacia dei controlli

L'impatto è considerato sotto il profilo.

- Organizzativo
- Economico
- Reputazionale
- Organizzativo, economico e sull'immagine

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

| | Valori e frequenze della probabilità | | Valori e importanza dell'impatto |
|---|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| 0 | nessuna probabilità | 0 | nessun impatto |
| 1 | improbabile | 1 | marginale |
| 2 | poco probabile | 2 | minore |
| 3 | probabile | 3 | soglia |
| 4 | molto probabile | 4 | serio |
| 5 | altamente probabile | 5 | superiore |

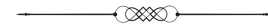
La ponderazione del rischio consiste nel considerare lo stesso alla luce dell'analisi effettuata e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere la priorità e l'urgenza di trattamento.

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo:

| Valori livello di rischio – intervalli | Classificazione del rischio |
|--|-----------------------------|
| 0 | nullo |
| superiore a 0 ma inferiore a 5 | scarso |
| superiore a 5 ma inferiore a 10 | moderato |
| superiore a 10 ma inferiore a 15 | rilevante |
| superiore a 15 ma inferiore a 20 | elevato |
| superiore a 20 | critico |

Al fine di assicurare omogeneità di criteri nel calcolo delle probabilità e del valore dell'impatto indicati nella tabella Allegato 5 del P.N.A, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha stabilito che:

- Il valore della "probabilità" va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione della probabilità";
- Il valore dell'"impatto" va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione dell'impatto";



– Il *livello di rischio* che è determinato dal prodotto delle due medie potrà nel suo valore massimo essere uguale a 25 (forbice da 0 a 25: livello di rischio 0 = nessun rischio; livello di rischio 25= rischio estremo)

I rischi sono quindi stati classificati in base al livello numerico assegnato, confrontati e soppesati (c.d. ponderazione del rischio) al fine di individuare la priorità di trattamento, ovvero quelli che richiedono di essere trattati con maggiore urgenza. I livelli di rischio sono stati graduati come segue:

- Intervallo da 1 a 5 rischio Basso
- Intervallo da 6 a 15 rischio Medio
- Intervallo da 15 a 25 rischio Alto

Gli esiti delle predette attività sono confluiti nella tabella allegata al presente Piano (Allegato A). Per ognuna delle aree di rischio comuni e obbligatorie (art. 1, comma 16, della legge n. 190/2012) e per quelle ulteriori individuate a seguito della ricognizione, la Tabella elenca i procedimenti/processi qualificati “*a elevato rischio corruzione*”, il coefficiente che esprime il grado del rischio (Basso, Medio, Alto), l'ufficio che gestisce il procedimento/processo e le misure di prevenzione applicate.

6. Interventi e misure di prevenzione e contrasto

Questo paragrafo è dedicato all'individuazione e valutazione delle misure organizzative che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio.

Relativamente alle singole misure preventive si evidenzia quanto segue:

a) **Adempimenti relativi alla trasparenza:** Considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, è comunque assicurato uno stretto coordinamento tra il P.T.C.P e il P.T.T.I .

Azione da intraprendere: in ordine alle misure relative alla trasparenza si rinvia al *Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (P.T.T.I)* allegato al presente Piano;

Misura comune a tutti livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Responsabile per la Trasparenza –di settore.

b) **Informatizzazione dei processi:** Come evidenziato nel P.N.A, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Azioni intraprese: nel corso degli ultimi esercizi si è ampliata l'informatizzazione dei processi, estendendo anche ai servizi alla persona l'utilizzo di procedure informatizzate.

Azioni da intraprendere: maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei diversi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Organo di indirizzo e controllo - Responsabili di P.O

c) **Codici di comportamento:** In ordine di codici di comportamento si rinvia al Codice generale approvato con D.P.R. n.62/2013 e al Codice Integrativo d'Azienda approvato con determinazione dell'Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel Piano.

Soggetti Responsabili: Responsabili di P.O., R.P.C e Ufficio disciplinare per le incombenze di legge e quelle previste direttamente dal Codice di Comportamento.

d) **Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.** Rappresenta una misura trasversale che consente l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e quindi la diffusione delle informazioni e il controllo dell'attività da parte dell'utenza.

Azioni intraprese: sul sito istituzionale predisposto l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.

Azioni da intraprendere: implementare la quantità e la qualità dei dati messi a disposizione degli utenti.

Misura comune a tutti livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Responsabile per la Trasparenza – Responsabili di P.O di settore.

e) **Rotazione del personale:** L'Azienda, pur riconoscendo che la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione, come previsto nel P.N.A evidenzia che, in ragione delle ridotte dimensioni dell'Ospedale e del numero esiguo di figure amministrative (n.3 alle dirette dipendenze compreso il Responsabile di Area) e di responsabili di servizi (n.1 coordinatore servizi sociali) ognuno dei quali ha competenze definite e



formazione specifica, non è possibile nel triennio 2021/2023 procedere ad una rotazione/interscambio delle figure per oggettivi impedimenti connessi alle caratteristiche organizzative.

f) **Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione:** Normativa di riferimento: art. 1 comma 9 della legge 190/2012.

I provvedimenti emanati dall'Azienda sono Verbali di Determinazioni del Commissario Straordinario (nei casi previsti dallo Statuto e dai Regolamenti), Determinazioni del Responsabile Area Amministrativa e del Responsabile Area Servizi Sociali. I provvedimenti devono riportare la descrizione del procedimento svolto, richiamando anche tutti gli atti per arrivare alla decisione finale. In tale modo chiunque vi abbia interesse potrà essere a conoscenza dell'intero procedimento ed esercitare l'eventuale diritto di accesso agli atti. Le Determinazioni sono pubblicate sul sito dell'Azienda.

Azioni da intraprendere:

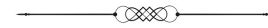
Nella trattazione e nell'istruttoria degli atti:

- Rispettare l'ordine cronologico di protocollo dell'istanza, fatte salve le eventuali eccezioni stabilite da disposizioni legislative/regolamentari;
- Per consentire a chiunque, anche a coloro che sono estranei alla pubblica amministrazione, di comprendere appieno la portata di tutti i provvedimenti e per consentire a tutti coloro che vi abbiano interesse di esercitare con pienezza il diritto di accesso e di partecipazione, viene data indicazione a tutti i dipendenti di redigere gli atti in modo chiaro e comprensibile, con un linguaggio semplice.
- Nella formazione dei provvedimenti, con particolare riguardo agli atti con cui si esercita ampia discrezionalità amministrativa e tecnica, in osservanza all'art. 3 della L. 241/1990, motivare adeguatamente, con precisione, chiarezza e completezza tutti i provvedimenti di un procedimento. L'onere di motivazione è tanto più esteso quanto più ampio è il margine di discrezionalità.
- Nei casi previsti dall'art. 6 bis della legge 241/90, come aggiunto dal comma 41 dell'art. 1 della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La **segnalazione di conflitto** deve essere scritta e indirizzata all'Ufficio Amministrativo dell'Azienda, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Il Responsabile deve rispondere per iscritto al dipendente che ha effettuato la segnalazione, sollevandolo dall'incarico oppure motivando le ragioni che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività e le eventuali condizioni o limiti di azione, valutando le iniziative da assumere. Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione all'Ufficio Amministrativo. Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziate annualmente in occasione della reportistica finale.

Nell'attività contrattuale:

- Rispettare il divieto di frazionamento o di innalzamento artificioso dell'importo contrattuale;
- Ricorrere agli acquisti a mezzo CONSIP e/o del mercato elettronico della pubblica amministrazione, e/o degli altri mercati elettronici, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa;
- Assicurare il confronto concorrenziale, definendo requisiti di partecipazione alle gare, anche ufficiose, e di valutazione delle offerte, chiari ed adeguati;
- Nelle procedure di gara, anche negoziata, ovvero di selezione concorsuale o comparativa, individuare un soggetto terzo, con funzioni di segretario verbalizzante "*testimone*", diverso da coloro che assumono le decisioni sulla procedura e se possibile, secondo un criterio di rotazione;
- Vigilare sull'esecuzione dei contratti di appalto/affidamento dei lavori, forniture e servizi, ivi compresi i contratti d'opera professionale, con applicazione, se del caso, delle penali, delle clausole risolutive e con la proposizione dell'azione per inadempimento e/o per danno.
- I componenti le **commissioni di gara e di concorso** devono rendere, all'atto dell'accettazione della nomina, dichiarazione di non trovarsi in rapporti di parentela e/o di lavoro e/o professionali con i partecipanti alla gara o al concorso, con gli Amministratori, con i Dirigenti/Responsabili di P.O o Responsabili di servizio interessati alla gara o al concorso e loro parenti od affini entro il secondo grado;
- I concorsi e le procedure selettive del personale si svolgono secondo le prescrizioni del D.lgs 165/2001 e del regolamento d'Azienda. Ogni provvedimento relativo a concorsi e procedure selettive è pubblicato sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "*Amministrazione trasparente*".



Nel conferimento, a soggetti esterni, degli incarichi individuali di collaborazione autonoma di natura occasionale o coordinata e continuativa, occorre rendere dichiarazione con la quale attesta la carenza di professionalità interne.

Misure comuni a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

g) **Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi:** l'art. 1, comma 41, della legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241/1990 rubricato "*conflitto di interessi*". La norma contiene due prescrizioni:

– È stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;

– È previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti;

h) **Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali:** si applicano le specifiche disposizioni dettate in materia dal dall'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e dal *Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda* approvato con Determinazione dell'Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021.

i) **Inconferibilità di incarichi dirigenziali – incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:** si applicano le specifiche disposizioni previste dal D.lgs n. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*); ai fini dell'applicazione della norma, l'Azienda acquisisce autocertificazione da parte dei Responsabili di P.O all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto e dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

j) **Formazione di commissioni - assegnazione agli uffici:** si applicano le disposizioni previste all'art. 35 bis del D.Lgs n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 e dell'art. 3 del D.lgs 39/2013.

L'Azienda per il tramite del responsabile del procedimento, verifica la sussistenza di eventuali procedimenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

– all'atto dell'assegnazione, anche con funzioni direttive, agli Uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

– all'atto della formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi (anche per coloro che vi fanno parte con compiti di segreteria);

– all'atto della formazione di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato circa l'assenza di cause ostative indicate dalla normativa citata.

k) **Formazione del personale in tema di anticorruzione:** la legge n. 190/2012 prevede la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

– Formazione di base: è destinata a tutto il personale sulle tematiche dell'etica, della legalità e dei codici di comportamento;

Azioni da intraprendere: si stabilisce il seguente piano formativo per il personale impiegato nell'Azienda;

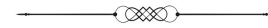
– Formazione tecnica: attività formativa specifica destinata ai responsabili che operano nelle aree con processi classificati a rischio dal presente Piano.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel piano

Soggetti responsabili: Responsabili di P.O – dell'avvenuto adempimento viene dato atto in occasione della reportistica annuale.

l) **Divieto di svolgere attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage):** Norma di riferimento art. 53, comma 16 ter. D.lgs 165/2001; P.N.A.

m) **Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (Whistleblowing):** Con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, ANAC ha dettato le "Linee guida in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti" (cd Wistleblower). Il 3 settembre 2020 è entrato in vigore il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità



di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro (all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001). La disposizione conferma le tre condizioni:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del denunciante;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso.

La tutela di anonimato viene garantita con specifico riferimento al procedimento disciplinare, proteggendo l'identità del segnalante in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Per quanto riguarda lo specifico contesto del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei seguenti casi:

- consenso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione;
- la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: tale circostanza può emergere solo a seguito di apposita audizione.

La tutela dell'anonimato non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima; la segnalazione deve provenire da dipendenti individuabili e riconoscibili.

L'asp Ospedale S. Antonio considererà anche segnalazioni anonime, ma solo nel caso in cui queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

L'Asp Ospedale S. Antonio ha attivato un canale informatico dedicato alle segnalazioni condotte illecite (c.d. whistleblowing), uno strumento legale a disposizione dei lavoratori/collaboratori dell'Ente, per segnalare eventuali condotte contrarie all'etica e alla legalità dell'azione amministrativa, riscontrate nell'ambito della propria attività.

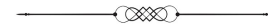
Sulla base alle nuove linee guida di ANAC, le procedure per il whistleblowing devono avere caratteristiche precise: in particolare *“prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione”*.

Nel corso del 2022 l'ASP Ospedale S. Antonio ha aderito ad una nuova piattaforma per la gestione del “whistleblowing” che fornisce tutte le garanzie di anonimato del segnalante e, nel contempo, l'individuazione e riconoscibilità del dipendente. Il software è fornito da WhistleblowingPA (un progetto di Transparency International Italia e da Whistleblowing Solutions Impresa Sociale).

La piattaforma è accessibile nella sezione aree tematiche del sito istituzionale <http://www.santantoniosassello.it>.

L'attivazione della nuova piattaforma è stata comunicata a tutti i dipendenti.

Trova piena applicazione in materia la l. 179/2017 c.d. Legge sul *Whistleblowing*, cui si rimanda integralmente.



n) **Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile:** nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate mediante il P.T.P.C, il coinvolgimento e l'ascolto dell'utenza.

o) **Monitoraggio sui modelli di prevenzione della corruzione in Enti pubblici vigilati ed Enti di diritto privato in controllo pubblico partecipati:** L'Ospedale S. Antonio, Residenza Protetta – è un Ente gestore e pertanto rientra tra gli enti vigilati. Al fine di dare attuazione alle norme contenute nella legge n.190/2021, gli enti pubblici vigilati dal Comune/Regione sono tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri piani di prevenzione della corruzione.

7. Monitoraggio

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto e a seguito delle azioni di risposta, ossia delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio. Ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette al Consiglio di Amministrazione. La predetta relazione dovrà essere consultabile sul sito web dell'Azienda. Qualora il Consiglio di Amministrazione lo richieda, oppure il responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

8. Le responsabilità

Il sistema normativo individuato al precedente paragrafo 1. delinea in modo puntuale le responsabilità di ciascun soggetto chiamato ad intervenire nel processo di prevenzione alla corruzione. Rinviando a tali norme, qui si indicano in modo sintetico le diverse fattispecie ivi previste:

Responsabile della prevenzione della corruzione:

– *Responsabilità disciplinare:* in caso di mancata adozione del P.T.P.C e di mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti;

– *Responsabilità erariale e per danno all'immagine:* in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, responsabilità escluse in presenza di comportamenti conformi agli adempimenti allo stesso assegnati dalla Legge e dal P.T.P.C.;

– *Responsabilità disciplinare per omesso controllo:* in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano;

– *Responsabilità disciplinare:* violazione degli obblighi di trasparenza ex art. 1 comma 33 L. 190/2012;

Responsabili di servizio:

– *Responsabilità dirigenziale:* violazione degli obblighi di trasparenza ex art. 1 comma 33 L. 190/2012;

Dipendenti:

– *Responsabilità disciplinare:* violazione delle misure di prevenzione previste dal piano.

9. Aggiornamento del piano

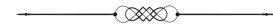
Il presente piano sarà aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno o se necessario anche in corso d'anno, in relazione ad eventuali adeguamenti a disposizioni normative e/o a riorganizzazione di processi e/o funzioni.

Allegati:

Allegato A) – Attività a rischio di corruzione

Allegato B) Piano Triennale per la Trasparenza e l'integrità 2021/2023

Sassello, li 19/05/2023



ALLEGATO B

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2023 -2025

Premessa

Il presente *Programma triennale per la trasparenza e l'integrità* è stato redatto in ottemperanza ai contenuti del D.L. 33/2013 e forma parte integrante e sostanziale del P.T.P.C. 2023/2025.

Il programma ha lo scopo di individuare le modalità da seguire per rendere accessibili e trasparenti le informazioni relative all'organizzazione ed alle procedure dell'Ospedale S. Antonio – Residenza Protetta, e a perseguire i seguenti scopi:

- Rafforzare il diritto del cittadino di essere informato in merito al funzionamento e ai risultati dell'organizzazione dell'Azienda;
- Favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;
- Garantire il “*miglioramento continuo*” nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico;
- Promuovere l'integrità dell'azione amministrativa.

1. Individuazione delle informazioni da pubblicare sul sito internet <http://www.santantoniosassello.it>

Il sito internet dell'Ospedale S. Antonio di Sassello è lo strumento principale di diffusione delle informazioni. L'Azienda è dotata di un sito web <http://www.santantoniosassello.it> rispondente alla normativa vigente in materia di pubblicazioni dati e informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni per una migliore accessibilità e usabilità online alle informazioni pubblicate.

L'Azienda, nell'ambito del presente Programma, provvede alla pubblicazione sul sito web istituzionale e all'interno dell'apposita sezione “*Amministrazione trasparente*” con accesso diretto dalla *home page*, di un'ampia serie di dati ed informazioni che sono soggette ad obbligo di pubblicazione secondo quanto previsto dal Decreto 33/2013.

L'Ospedale S. Antonio, ritiene di non essere soggetto alla pubblicazione di tutti i documenti elencati dal suddetto decreto perché alcune normative non sono applicabili o perché alcuni atti non sono di competenza delle Aziende operanti nel settore socio assistenziale.

Il servizio competente all'aggiornamento del sito internet istituzionale è l'Ufficio Amministrativo con l'eventuale ausilio di un tecnico esterno incaricato.

A seguito dell'entrata in vigore, a maggio 2018, del Regolamento Generale sulla protezione dei dati regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo del 27.4.2016, è necessario prestare particolare attenzione ai dati personali da pubblicare, eliminando i dati personale (es. indirizzo, codice fiscale, copie documenti identità, ecc.);

Di seguito il riepilogo delle pubblicazioni che l'Azienda ha già predisposto o che intende predisporre nel periodo di vigenza del programma:



| Denominazione sottosezione 1 livello | Denominazione sottosezione 2 livello | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Aggiornamento |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Disposizioni generali | Programma per l'anticorruzione, la trasparenza e l'integrità | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs n. 33/2013 | Programma per la Trasparenza e l'integrità | Annuale(art. 10, c.1, D.lgs n. 33/2013) |
| | Atti generali | Art. 12, c1, 2 | <ul style="list-style-type: none"> Riferimenti normative su organizzazione e attività Atti amministrativi generali Statuti e leggi regionali Codice disciplinare e di condotta | Tempestivo |
| | Oneri informativi per cittadini e imprese | Art. 34, c.1,2 | non dovuto | |
| Organizzazione | Organi di indirizzo politico amministrativo | Art. 13, c. 1, lett. a | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze | Tempestivo |
| | Organi di indirizzo politico amministrativo <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Amministratore Unico (attualmente in carica Commissario Straordinario) </div> | Art. 14 | <ul style="list-style-type: none"> Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo Curricula Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Tempestivo |
| | Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | Art. 47 | Non dovuto | |



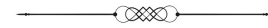
| | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|---|------------------------|
| | Rendiconti gruppi consiliari, regionali, provinciali | Art. 28 c.1 | Non dovuto | |
| | Articolazione degli uffici | Art. 13, c. 1, lett. B e c | <ul style="list-style-type: none"> • Articolazione degli uffici • Organigramma | Tempestivo |
| | Telefono e posta elettronica | Art. 13, c. 1 lett. D | Telefono e posta elettronica | Tempestivo |
| Consulenti e collaboratori | | Art. 15. C. 1,2 | Estremi dell'atto di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo per i quali è previsto un compenso | Tempestivo |
| Personale | Incarichi amministrativi di vertice | Art. 15 c. 1,2 | Non dovuto | |
| | | Art. 41, c.2,3 | Non dovuto | |
| | Dirigenti | Art. 10 c.8, lett. d | Non dovuto | |
| | | Art. 15, c. 1,2,5 | Non dovuto | |
| | | Art. 41, c.2,3 | Non dovuto | |
| | Posizioni organizzative | Art. 10, c.8, lett. d | Curricula dei titolari di posizioni organizzative | Tempestivo |
| | Dotazione organica | Art. 16, c 1,2 | <ul style="list-style-type: none"> • Dotazione organica • Costo del personale a tempo indeterminato | Annuale |
| | Personale non a tempo indeterminato | art. 17, c. 1,2 | <ul style="list-style-type: none"> • Personale non a tempo indeterminato • Costo | Annuale Trimestrale |
| | Tassi di assenza | Art. 16, c.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Tassi di assenza | Trimestrale |
| | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti | art. 18, c.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente | Tempestivo |
| | Contrattazione collettiva | Art. 21, c. 1 | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche | Tempestivo |
| | Contrattazione integrativa | Art. 21, c.2 | Specifiche informazioni sui costi della trattativa integrativa | Tempestivo |
| | Organismo di valutazione | Art. 10, c.8, lett. c | Nominativo Curricula | Tempestivo |
| Bandi di concorso | | Art. 19, Art. 23 | <ul style="list-style-type: none"> • Bandi di concorso • Elenco dei bandi espletati • Dati relativi alle procedure selettive | Tempestivo |



| | | | | |
|--|---|------------------------|--|---|
| Enti controllati | Enti pubblici vigilati | Art. 22, c. 1 lett. a | Non dovuto | |
| | | Art. 22. C.2, 3 | Non dovuto | |
| | Società partecipate | Art. 22, c.1, lett. b | Non presenti | |
| | | Art. 222. C.2,3 | Non presenti | |
| | Enti di diritto privato controllati | Art. 222 c. 1, lett. c | Non presenti | |
| | | art. 22, c. 1,3 | Non presenti | |
| | Rappresentazione grafica | Art. 22, c. 1 lett.d | Non dovuto | |
| Attività e procedimenti | Dati aggregati attività amministrativa | Art. 24 c.1 | | |
| | Tipologie di procedimento | Art. 35 c. 1,2 | | |
| | Monitoraggio tempi procedurali | Art. 24, c.2 | | |
| | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Art. 35, c. 3 | | |
| Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23 | Elenco provvedimenti | Tempestivo |
| | Provvedimenti dirigenti | Art. 23 | Elenco dei provvedimenti | |
| Controlli sulle imprese | | Art. 25 | Non dovuto | |
| Bandi di gara e contratti | | Art. 37, c.1,2 | <ul style="list-style-type: none"> • Avviso di preinformazione • Delibera a contrarre • Avvisi, bandi ed inviti • Avvisi sui risultati della procedura di affidamento • Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della L. 190/2012) | da pubblicare secondo modalità specifiche |
| Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Criteri e modalità | Art. 26, c.1 | | |
| | Atti di concessione | Art. 26, c.2 | Non previsto | |
| | | Art. 27 | Non dovuto | |



| | | | | |
|--|---|------------------------|---|---------------------------|
| Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Art. 29, c.1 | Bilancio preventivo Conto consuntivo | Tempestivo |
| | Piano degli indicatori e risultati attesi di Bilancio | Art. 29, c.2 | | tempestivo |
| Beni immobili e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Art. 30 | Informazioni identificative degli immobili posseduti | Tempestivo |
| | Canoni di locazione o affitto | Art. 30 | Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti | Tempestivo |
| Controlli e rilievi sull'amministrazione | | Art. 31, c.1 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Tempestivo |
| Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Art. 32, c. 1 | Carta dei servizi | Tempestivo |
| | Costi contabilizzati | Art. 32, c. 2, lett.a | Non dovuto | |
| | | Art. 10, c. 5 | Non dovuto | |
| | Tempi medi di erogazione dei servizi | Art. 32, c. 2, lett. b | Non dovuto | |
| | Liste di attesa | Art. 41, c.6 | Non dovuto | |
| Pagamenti dell'amministrazione | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Art. 33 | Indicatore tempestività dei pagamenti | Tempestivo |
| | IBAN E Pagamenti informatici | Art. 36 | Indicazioni coordinate bancarie | Tempestivo |
| Opere pubbliche | | Art. 38 | Non dovuto | |
| Pianificazione e governo del territorio | | Art. 39 | Non dovuto | |
| Informazioni ambientali | | Art. 40 | Non dovuto | |
| Strutture sanitarie private accreditate | | Art. 41, c.4 | Non dovuto | |
| Interventi straordinari e di emergenza | | Art. 42 | Non dovuto | |
| Altri contenuti | | | <ul style="list-style-type: none"> • Piano triennale di prevenzione della corruzione • Responsabile della prevenzione della corruzione • Relazione del Responsabile della corruzione • Accesso civico | Annuale Tempestivo |



2. Disponibilità ed accessibilità alle informazioni

Le suddette informazioni, ove non già presenti, saranno inserite progressivamente all'interno del sito in base al completamento della riorganizzazione del sito stesso.

3. Azioni da intraprendere nel triennio 2023 – 2025

Nel corso dell'esercizio 2023 – 2025 si provvederà all'aggiornamento e al mantenimento delle informazioni pubblicate e da pubblicare sul sito web istituzionale.

4. Collegamento del Programma con gli obiettivi assegnati al personale

Le azioni previste nel presente piano sono inserite tra gli obiettivi assegnati al Responsabile Amministrativo.

5. Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione

Esercita l'attività di controllo finalizzata al rispetto della normativa vigente relativa all'adempimento degli obblighi di pubblicazione e provvede all'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità oltre che a favorire iniziative di promozione della trasparenza.

6. Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico

Per "accesso civico", istituto previsto dall'art. 5 del D.lgs 33/13, si intende il diritto, completamente gratuito per chiunque, di poter richiedere documenti, informazioni o dati, nei casi in cui ne sia stata omessa la pubblicazione obbligatoria, senza necessità che la relativa richiesta sia motivata e senza possibilità per l'Azienda di porre alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

Per esercitare concretamente il diritto di accesso civico, l'interessato deve utilizzare l'indirizzo indicato di posta elettronica, inoltrando apposita richiesta al responsabile della Trasparenza.

Il responsabile della trasparenza si pronuncia sulla richiesta di "accesso civico" comunicando al richiedente l'esito della sua richiesta. Dopo la comunicazione della pronuncia ed entro trenta giorni dalla stessa, l'Azienda procede alla pubblicazione stessa, trasmettendo contestualmente al richiedente il documento, l'informazione o il dato richiesto. Il responsabile della trasparenza cura ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs 33/2013.

Se il documento, l'informazione o il dato risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della trasparenza indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Se il responsabile della trasparenza non si pronuncia, o decorrono i trenta giorni, si ha l'ipotesi di mancata risposta; in tal caso il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo previsto dall'art. 2. C. 9 bis, legge 241/90.

7. Coinvolgimento di stakeholders

Gli stakeholders, cioè i portatori di interesse relativi all'oggetto del presente piano sono individuati in:

- Cittadini
- Utenti dei servizi e loro famigliari
- Professionisti (sanitari, sociali, ecc.)
- Associazioni di categoria (pensionati, ecc.)
- Organizzazioni sindacali
- Associazioni di volontariato

L'Azienda ha un proprio sistema di rilevazione della qualità, che prevede:

- L'Aggiornamento e la diffusione della Carta dei Servizi per dare trasparenza alla propria attività;
- La rilevazione della soddisfazione degli utenti, attraverso la somministrazione annuale di appositi questionari per la rilevazione del grado di soddisfazione degli ospiti, dei famigliari e del personale;
- La Rilevazione e presa in carico dei reclami dei clienti secondo le modalità stabilite dell'Azienda.