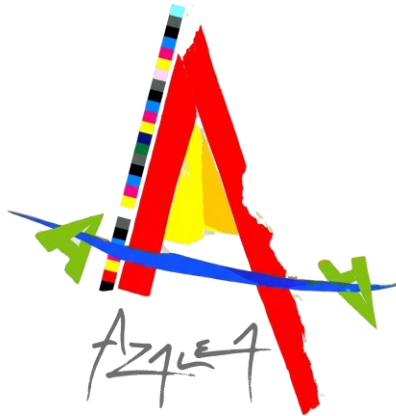




ASP AZALEA

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto di Ponente

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2026 – 2028

Sezioni 1 – 4 · Sottosezioni · Allegati

Distretto di Ponente · 21 Comuni soci

Documento adottato dall'Amministratore Unico



Indice

Il presente Piano è articolato secondo lo schema del Piano-tipo (D.M. 132/2022): Sezione 1 — Scheda anagrafica; Sezione 2 — Valore pubblico, Performance e Anticorruzione; Sezione 3 — Organizzazione e capitale umano; Sezione 4 — Monitoraggio; con gli allegati previsti.

Sezione 1 — Scheda anagrafica.....	4
Sezione 2 — Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....	7
Sottosezione 2.1 — Valore pubblico.....	10
Sottosezione 2.2 — Performance	17
Sottosezione 2.3 — Rischi corruttivi e trasparenza	42
Sezione 3 — Organizzazione e capitale umano	75
Sottosezione 3.1 — Struttura organizzativa	78
Sottosezione 3.2 — Organizzazione del lavoro agile (POLA)	81
Sottosezione 3.3 — Piano triennale dei fabbisogni di personale	85
Sottosezione 3.4 — Piano triennale delle azioni positive 2026-2028.....	91
Sezione 4 — Monitoraggio	96



1

SEZIONE · IN SINTESI

Questa prima sezione è la carta d'identità dell'Azienda. In poche righe racconta chi è ASP Azalea, da dove nasce e come è governata: un ente pubblico costituito con DGR n. 2342 del 22 dicembre 2008 e operativo dal 1° gennaio 2009 dalla fusione di due storiche IPAB, che oggi opera nel Distretto di Ponente per conto di ventuno Comuni. Qui si trovano i dati essenziali — sede, contatti, organi di governo e le persone che li ricoprono — e l'elenco dei servizi rivolti ad anziani, persone con disabilità, minori e famiglie, oltre all'Hospice. È il punto di partenza per leggere tutto il resto del Piano: prima di dire che cosa l'Azienda vuole fare, questa sezione spiega che cos'è e per chi lavora.



Sezione 1 — Scheda anagrafica

ASP Azalea è l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto di Ponente: un ente pubblico non economico che programma ed eroga servizi socio-assistenziali e socio-sanitari per anziani, persone con disabilità, minorenni, famiglie e pazienti in fase avanzata di malattia, per conto e in collaborazione con i Comuni soci. La scheda che segue ne riepiloga gli elementi identificativi e di governo.

DENOMINAZIONE	ASP Azalea – Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto di Ponente
NATURA GIURIDICA	Azienda pubblica di servizi alla persona – ente pubblico non economico (L.R. Emilia-Romagna n. 2/2003)
SEDE LEGALE	Corso Matteotti 124 – 29015 Castel San Giovanni (PC)
CODICE FISCALE / P.IVA	C.F. 91094630331 – P.IVA 01538050335
RECAPITI	Tel. 0523.882465 · Email info@aspazalea.it · PEC aspazalea@pec.it
AMBITO TERRITORIALE	Distretto di Ponente – 21 Comuni soci
ORGANI	Assemblea dei Soci · Amministratore Unico · Revisore Unico
DIPENDENTI	161 al 31/12/2025 (155 a tempo indeterminato e 6 a tempo determinato), oltre a 11 lavoratori somministrati, per 172 addetti complessivi; 163 dipendenti e 11 somministrati al 30/06/2026, per 174 unità
PRESIDENTE DELL'ASSEMBLEA	Monica Patelli
AMMINISTRATORE UNICO	Paolo Bianchi
REVISORE UNICO	Andrea Fantini
OIV	Alfio Sapienza
DIRETTORE E RPCT	Diego Adorni (Direttore e RPCT dal 1° aprile 2026)
PRINCIPALI SERVIZI	CRA “Albesani”, Centro Diurno, SAD, Hospice, Comunità Alloggio “Il Giardino”, CSRR “Camelot”, CSRD “Il Chiostro”, Gruppo Appartamento La Cirenaica, Servizio Sociale e Tutela minori, Centro per le Famiglie, Oasi, SED, SET, Progetti distrettuali

Riferimenti normativi e conformità — L.R. Emilia-Romagna n. 2/2003 e Statuto di ASP Azalea; art. 6 D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022; D.Lgs. 39/2013 e L. 190/2012 per l'individuazione del RPCT.



ASP Azalea realizza i Servizi in tre sedi principali:

Castel San Giovanni, Corso Matteotti 124 ove trovano sede i Servizi amministrativi, Servizi generali, il magazzino centrale, il guardaroba, la CRA Albesani e il Centro Diurno per Anziani in fase di ripristino;

Borgonovo, Via Pianello 100 dove trovano sede: L'Hospice, il CSRD Il Chiostro, la Comunità Il Giardino, OASI, il S.E.T., il centro pasti;

Borgonovo, Via Seminò 20 in cui ASP Azalea realizza i servizi relativi al Servizio Sociale Territoriale e tutela minori, CSRR Camelot.

Il Gruppo Appartamento La Cirenaica è in centro a Castel San Giovanni, poco distante dalla sede attuale dell'equipe distrettuale Progetto Povertà. Tutti gli altri Servizi che sono svolti a livello distrettuale o territoriale, fanno capo alle sedi dei comuni o alla sede delle strutture del Comune capo distretto di Castel San Giovanni.



2

SEZIONE · IN SINTESI

Questa sezione è il cuore strategico del Piano e risponde a tre domande. Primo: quale valore l'Azienda vuole generare per la comunità? Lo spiega con tre grandi obiettivi di valore pubblico — offrire buoni servizi, includere le persone più fragili e mantenere l'equilibrio economico che rende tutto possibile — ciascuno pensato distintamente per le diverse utenze (anziani, persone con disabilità, minori e famiglie, cure palliative). Secondo: come si capisce se quei risultati vengono davvero raggiunti? Lo dice la parte sulla performance, che traduce gli obiettivi in traguardi concreti e verificabili, affidati ai responsabili dei servizi. Terzo: come si prevengono la corruzione e la cattiva amministrazione e come si garantisce la trasparenza verso i cittadini? A questo risponde l'ultima parte, con la mappa dei rischi e le misure di prevenzione. In sintesi: che cosa vogliamo ottenere, come lo misuriamo e come lo facciamo in modo integro e trasparente.



Sezione 2 — Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

Premessa

Il PIAO nasce per superare una frammentazione che tutti gli enti hanno conosciuto: documenti separati — la performance da una parte, i fabbisogni di personale dall'altra, l'anticorruzione e il lavoro agile ciascuno per conto proprio — scritti in tempi diversi, con logiche diverse, e destinati a incontrarsi soltanto per caso. L'idea del Piano integrato è che quei documenti siano invece gli anelli di un'unica catena, che parte dal beneficio atteso per la comunità e arriva all'attività quotidiana di ciascun servizio. Questa Sezione è il punto in cui la catena si vede per intero.

Gli anelli sono tre. Gli Obiettivi di Valore Pubblico dicono che cosa l'Azienda vuole produrre per la comunità del Distretto di Ponente. I macro-obiettivi di struttura traducono quella direzione nella performance organizzativa dei servizi. Gli obiettivi dei responsabili la rendono operativa e misurabile, con indicatori, target e tempi. Il valore pubblico indica la direzione, la performance organizza il cammino, la prevenzione della corruzione e la trasparenza garantiscono che quel cammino sia percorso correttamente: non sono tre discorsi distinti, ma lo stesso discorso osservato da tre distanze.

Sugli Obiettivi di Valore Pubblico non siamo partiti da un modello astratto. Siamo partiti da ciò che l'Azienda fa davvero e da ciò che è emerso in questi anni: gli esiti dei cicli di programmazione precedenti, i dati del controllo di gestione, i risultati dei percorsi di accreditamento, le criticità ricorrenti segnalate nelle relazioni annuali, il confronto con i Comuni soci. Da lì abbiamo individuato tre obiettivi di valore pubblico — Buoni Servizi, Includere, Equilibrio — e li abbiamo declinati per utenza e per ambito, perché “buon servizio” significa cose diverse per un anziano ospite della CRA, per una persona con disabilità inserita in comunità, per una famiglia seguita dal servizio sociale o per un paziente accolto in Hospice. Ne sono nati nove sotto-obiettivi, ciascuno collegato ai macro-obiettivi di struttura che lo alimentano e agli obiettivi dei responsabili che lo realizzano.

Gli Obiettivi di Valore Pubblico non sono però scolpiti nella pietra. Sono l'ipotesi di lavoro con cui l'Azienda entra nel triennio e, come ogni ipotesi, vanno verificati sui dati. Gli obiettivi di Valore Pubblico sono assunti dall'organo politico amministrativo dell'Azienda. La realizzazione degli obiettivi, anche mediante la traduzione in obiettivi intermedi è responsabilità della direzione. La verifica e l'allineamento avvengono nel Gruppo di coordinamento, composto dal Direttore e dai Responsabili di Settore e di Servizio, che esamina collegialmente indicatori e risultanze, ne valuta la tenuta e individua gli elementi di miglioramento, potendo proporre la modifica degli indicatori e la revisione degli stessi obiettivi di valore pubblico. È il metodo del ciclo di Deming, descritto nella Sottosezione 2.1 al paragrafo “Il metodo PDCA e la governance operativa in ASP Azalea”, cui si rinvia. Del lavoro del Gruppo — che è luogo di pensiero, di ideazione e di controllo — fa sintesi il Direttore, che ne traduce gli esiti in indirizzi operativi assumendone la responsabilità. E il ciclo ricomincia con le decisioni politiche.

Per ASP Azalea questo non è un salto nel vuoto: discende dal lavoro degli ultimi anni. Dal consolidamento del controllo di gestione e della contabilità per centri di costo; dalla strutturazione dei flussi informativi verso la Direzione; dalla responsabilizzazione delle attività degli operatori. Ciò che cambia non è la sostanza del lavoro, ma il fatto che sia dichiarata, collegata e verificabile: presidi che l'Azienda già esercitava vengono ora incardinate nel Sistema del Valore Pubblico e declinati a tutti i livelli.

La Sezione si articola perciò in tre sottosezioni. La 2.1 espone gli obiettivi di valore pubblico e il metodo con cui sono governati. La 2.2 sviluppa la performance organizzativa e individuale, con i macro-obiettivi di struttura e gli obiettivi affidati a ciascun servizio. La 2.3, che coincide con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, descrive le misure che ne assicurano la correttezza e la conoscibilità dall'esterno.



Riferimenti normativi e conformità — Art. 6 del D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022 sul Piano-tipo; D.Lgs. 150/2009 per il ciclo di misurazione e valutazione della performance; L. 190/2012 e D.Lgs. 33/2013 per la prevenzione della corruzione e la trasparenza; L.R. Emilia-Romagna 2/2003 e Statuto aziendale; art. 18 del Regolamento di organizzazione per il Gruppo di coordinamento; Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica.



2.1

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione risponde a una domanda semplice: che cosa vuole ottenere l'Azienda per i cittadini. Il valore pubblico è raccontato attraverso tre grandi obiettivi: la qualità dei servizi alla persona — anziani, persone con disabilità e cure palliative —, l'inclusione delle persone con disabilità insieme alla tutela dei minorenni e delle famiglie, e infine l'equilibrio economico e organizzativo che rende tutto sostenibile. Per ciascuno si spiega il bisogno da cui nasce, la strategia scelta e i risultati attesi. In poche parole, la direzione verso cui l'Azienda vuole andare nei prossimi tre anni.



Sottosezione 2.1 — Valore pubblico

Il valore pubblico per ASP Azalea

Per ASP Azalea il valore pubblico consiste nel miglioramento effettivo e misurabile delle condizioni di vita delle persone fragili del Distretto di Ponente – anziani non autosufficienti, persone con disabilità, minorenni e famiglie, pazienti in fase avanzata di malattia – e nella capacità dell'Azienda di produrlo in modo duraturo.

Non si esaurisce nella dimensione economica: comprende la qualità e l'appropriatezza dei servizi, l'equità nell'accesso alle prestazioni e la tenuta organizzativa che ne assicura la continuità, in collaborazione con i Comuni soci, l'Ufficio di Piano, l'AUSL e la rete del terzo settore e del volontariato.

Come prima fase della programmazione Triennale, ASP Azalea ha individuato tre obiettivi di valore pubblico che informano tutto l'agire aziendale.

Anzitutto **Buoni Servizi**, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni in tutti i luoghi in cui l'Azienda opera: le case residenza e i centri diurni per anziani, i servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità — comunità alloggio, centri socio-riabilitativi residenziali e diurni, gruppo appartamento — l'assistenza domiciliare e le cure palliative dell'Hospice. In un Distretto ampio e disomogeneo, segnato dall'invecchiamento della popolazione e dallo spopolamento delle vallate, dove la distanza dai centri più popolosi rende cruciale la prossimità della risposta, garantire un buon servizio significa assicurare continuità assistenziale, sicurezza e umanizzazione delle cure sia tra le pareti delle strutture sia nelle case dei cittadini. È un impegno che passa attraverso il presidio degli standard di accreditamento e di autorizzazione, l'ammodernamento degli ambienti e il sostegno costante ai familiari e ai caregiver.

Segue la cura della **Inclusione**, che rappresenta il cuore della missione sociale dell'Azienda. Per le persone adulte con disabilità includere significa andare oltre la sola risposta residenziale, trasformando l'assistenza in un'occasione concreta di socializzazione, autonomia e partecipazione alla vita di comunità, costruita sui desideri di ciascuno e sul passaggio accompagnato dai servizi per i minori a quelli per gli adulti. Sul versante della tutela — competenza che numerosi Comuni del Distretto hanno conferito all'Azienda — includere significa farsi carico con tempestività dei minorenni in condizione di vulnerabilità, sostenere la genitorialità e contrastare la povertà educativa, accogliere i minori stranieri non accompagnati e costruire risposte flessibili ed eque, integrate con il Centro per le Famiglie, la rete del Terzo Settore e l'autorità giudiziaria minorile.

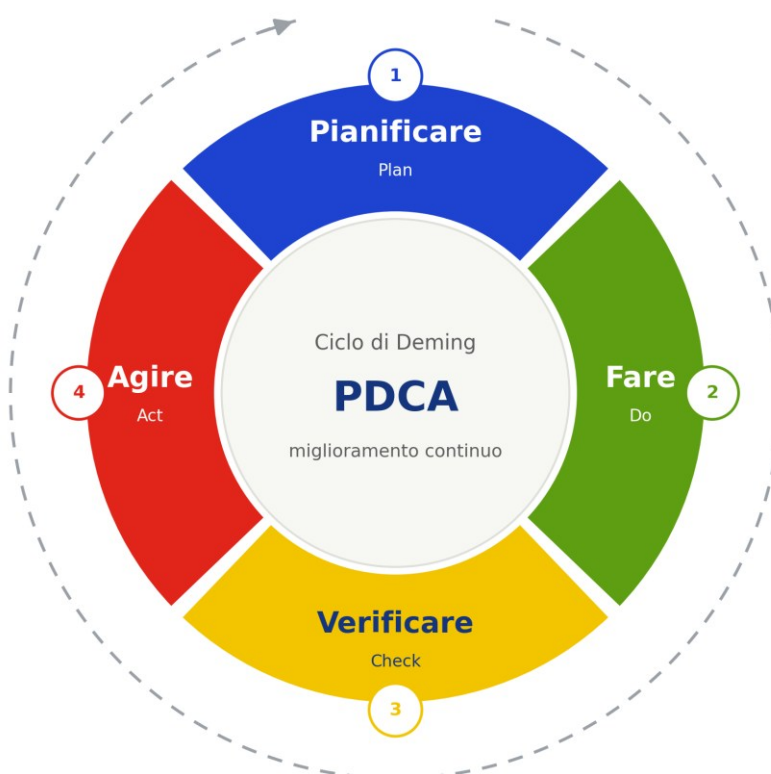
Infine, l'**Equilibrio**, l'asse portante che rende sostenibile e duraturo l'intero sistema dei servizi. Non c'è valore pubblico senza continuità, e non c'è continuità senza salute organizzativa ed equilibrio economico-finanziario. Significa governare la spesa con rigore, ottimizzare le risorse pubbliche, investire nella digitalizzazione e nella semplificazione dei processi e preservare la solidità patrimoniale a garanzia dei Comuni soci e della comunità amministrata; significa, non da ultimo, valorizzare il capitale umano dell'Azienda — in larga prevalenza femminile e impegnato in servizi a ciclo continuo — attraverso le pari opportunità, il benessere organizzativo e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro programmati nel Piano delle azioni positive.

IL METODO PDCA E LA GOVERNANCE OPERATIVA IN ASP AZALEA

Aver definito gli obiettivi di valore pubblico è il primo passo verso un'attività di programmazione strategica reale, capace di orientare concretamente l'azione quotidiana e la gestione dei nostri servizi socio-sanitari. Per fare in modo che questi principi non restino soltanto intenzioni sulla carta, ASP Azalea adotta la metodologia del **Ciclo di Deming**, nota come **PDCA (Plan - Do - Check - Act)**. Si tratta di un modello dinamico di miglioramento continuo che guida la gestione aziendale attraverso quattro fasi fondamentali, permettendo all'Azienda di adattarsi ed evolvere in modo costante. E'



probabilmente il metodo più “umano” di pianificazione delle attività. A guardarlo da vicino assomiglia molto al metodo che utilizzano gli esseri umani, ad esempio, per prendere un oggetto. La mano guida avambraccio e braccio verso l'oggetto desiderato partendo dalla posizione iniziale e correggendo il movimento sino a giungere alla posizione dell'oggetto. Se potessimo osservare il gesto con una visione rallentata, vedremmo che ciò che ci appare fluido è in realtà un sistema di costante verifica della posizione dell'arto sino al punto dove si trova l'oggetto. Correzione dopo correzione, la mano trova l'oggetto e lo prende saldamente. Il metodo PDCA funziona con le stesse modalità: si avvia la prima fase di pianificazione, si agisce, si controlla il risultato, si modifica ciò che si deve modificare o si approva la procedura. Più specificamente:



Plan (Pianificare): In questa prima fase, la visione strategica formulata dall'Azienda viene tradotta in atti e numeri concreti attraverso gli strumenti di pianificazione, come il bilancio di previsione e il PIAO. È qui che i tre grandi Obiettivi di Valore Pubblico prendono forma e si declinano in macro-obiettivi gestionali e in obiettivi specifici ed operativi. Ognuno di essi viene affidato al Direttore e alla rete dei Responsabili di Servizio, affiancato da indicatori misurabili che indicano chiaramente la rotta da seguire.

Do (Fare): È il momento dell'attuazione pratica nei servizi territoriali e residenziali. Il motore di questa fase è il lavoro di squadra e il coordinamento costante tra i Responsabili di Servizio e il Direttore. Attraverso un confronto continuo e incontri periodici di coordinamento organizzativo, le figure di responsabilità gestiscono l'erogazione quotidiana delle prestazioni, valorizzano il personale e ottimizzano l'impiego delle risorse, garantendo operatività e attenzione all'utente.



Check (Verificare): Per capire se la strada percorsa è quella corretta, l'Azienda aziona un sistema di monitoraggio a due livelli: **Il controllo economico-gestionale**, svolto periodicamente nel corso dell'anno per verificare l'andamento dei costi e dei ricavi, l'effettivo utilizzo dei posti disponibili e la tenuta dei conti rispetto al budget. **La valutazione della performance**, condotta con il supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che analizza il raggiungimento dei risultati attesi, il grado di soddisfazione espresso dagli utenti e dalle loro famiglie, e la salute organizzativa complessiva dell'Azienda.

Act (Agire: Rimodulare e Migliorare): Nello spirito del miglioramento continuo, l'ultima fase serve a chiudere il cerchio e ad aprirne uno nuovo, ancora più virtuoso. Se durante la verifica emergono scostamenti, criticità o nuovi bisogni espressi dalla comunità del Distretto di Ponente, la direzione e il coordinamento dei responsabili intervengono tempestivamente: Adottando le necessarie **azioni correttive** sui processi di lavoro o riallocando le risorse disponibili per risolvere le criticità emerse. **Ridefinendo e affinando gli obiettivi generali e specifici** nel ciclo di programmazione successivo, garantendo un apprendimento organizzativo permanente e proteggendo al contempo l'equilibrio economico e la continuità dei servizi. Attraverso questo percorso ricorsivo, ASP Azalea assicura che il valore pubblico programmato si trasformi in benefici tangibili per i cittadini e in una gestione efficiente, trasparente e sempre orientata alla qualità.

L'attuazione del ciclo in ASP Azalea: il metodo PDCA non resta un principio astratto, ma si traduce in una precisa sequenza operativa. Anzitutto, con il PIAO e il ciclo della performance l'Azienda definisce gli obiettivi di riferimento del triennio e, in particolare, dell'anno: gli Obiettivi di Valore Pubblico si declinano negli obiettivi di struttura e negli obiettivi dei responsabili, ciascuno corredato dei relativi indicatori e target (Pianificare). Si passa quindi all'attuazione, con l'erogazione dei servizi, e alla raccolta periodica dei dati e degli indicatori nel corso dell'anno (Fare e Verificare). L'analisi di tali risultanze avviene in seno al Gruppo di coordinamento (art. 18 del Regolamento di organizzazione), presieduto dal Direttore e composto dai Responsabili di Settore e di Servizio: esso è il luogo del pensiero, dell'ideazione e del controllo, in cui dati, indicatori e risultanze vengono esaminati collegialmente, se ne verifica la validità e si individuano gli elementi di miglioramento da attuare e, ove necessario, la modificazione degli indicatori, in applicazione del metodo PDCA e nel rispetto del PIAO (Agire). È però il Direttore a fare sintesi del lavoro del gruppo, traducendone gli esiti in indirizzi operativi e assumendone la responsabilità. In questo modo il miglioramento continuo si riflette, di anno in anno, nella programmazione successiva.

Gli Obiettivi di Valore Pubblico (OVP)

Gli obiettivi di valore pubblico del triennio sono tre e presidiano, rispettivamente, la qualità dei servizi alla persona (OVP 1 – Buoni Servizi), l'inclusione delle persone con disabilità e la tutela dei minorenni e delle famiglie (OVP 2 – Includere) e la sostenibilità economico-organizzativa che rende possibili i primi due (OVP 3 – Equilibrio). I tre obiettivi non sono compartimenti separati: uno stesso servizio può concorrere a più obiettivi lungo dimensioni distinte. Una comunità per persone con disabilità, ad esempio, è presidiata dall'OVP 1 sul piano della qualità, dell'accreditamento e della saturazione, dall'OVP 2 sul piano della partecipazione e dell'inclusione e dall'OVP 3 sul piano dell'equilibrio del proprio centro di costo. Per tenere conto della specificità delle diverse utenze, ciascun obiettivo di valore pubblico è articolato in sotto-obiettivi distinti — per area di utenza (anziani, persone con disabilità, minori e famiglie, cure palliative) negli OVP 1 e 2, e per ambito gestionale nell'OVP 3 — ed è poi declinato negli obiettivi di struttura — i macro-obiettivi M1–M11 — e negli obiettivi dei responsabili; la corrispondenza tra i livelli è riepilogata nella tabella di raccordo tra le linee strategiche e gli Obiettivi di Valore Pubblico.



OVP 1 — Buoni Servizi

qualità della residenzialità e semiresidenzialità, della domiciliarità e delle cure palliative, e qualità delle strutture e degli ambienti

BISOGNI E CONTESTO

Il Distretto di Ponente si estende su tre vallate e ventuno Comuni per lo più di piccola dimensione; le aree collinari e montane, in progressivo spopolamento, sono abitate soprattutto da anziani, con una quota rilevante di grandi anziani nelle frazioni più isolate. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento di cronicità e demenze accrescono la domanda di residenzialità qualificata, di semiresidenzialità, di assistenza domiciliare e di cure palliative; analoga esigenza di qualità e continuità riguarda i servizi per le persone con disabilità. La carenza strutturale di personale sanitario e assistenziale rende la tenuta qualitativa un obiettivo da presidiare attivamente.

STRATEGIA

Garantire prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari di qualità, mantenendo gli standard di accreditamento e di autorizzazione, la saturazione dei posti e la continuità assistenziale, e proseguendo la manutenzione e l'ammodernamento energeticamente efficiente di ambienti e attrezzature.

DIMENSIONI DEL VALORE

Sociale: qualità di vita e dignità degli utenti, sollievo e sostegno a famiglie e caregiver. Economico: piena utilizzazione della capacità produttiva accreditata. Organizzativo: mantenimento dei requisiti e aggiornamento della documentazione dei servizi.

STAKEHOLDER

Utenti e famiglie; Comuni soci; AUSL di Piacenza; Regione Emilia-Romagna (accreditamento e autorizzazione); personale dei servizi.

• OVP 1.1 — Anziani (CRA Albesani, Centro Diurno, SAD)

Assicurare qualità e continuità nella residenzialità della CRA Albesani, nella semiresidenzialità del Centro Diurno e nell'assistenza domiciliare del SAD, con piena saturazione dei posti e mantenimento degli accreditamenti.

Macro-obiettivi collegati: M2, M3, M9.

• OVP 1.2 — Persone con disabilità (CSRR Camelot, CSRD Il Chiostro, Comunità Il Giardino, G.A. La Cirenaica)

Garantire qualità e continuità nei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità, adeguando gli organici ai parametri di struttura e assicurando la continuità assistenziale.

Macro-obiettivi collegati: M2, M3, M7.

• OVP 1.3 — Cure palliative (Hospice territoriale)

Assicurare qualità, dignità e continuità delle cure ai pazienti in fase avanzata di malattia nell'Hospice, con sostegno alle famiglie.

Macro-obiettivi collegati: M2, M9, M11.

• OVP 1.4 — Qualità e sicurezza delle strutture e degli ambienti

Nei servizi strutturati — residenziali e semiresidenziali (CRA Albesani, Centro Diurno, Hospice, Comunità Alloggio Il Giardino, CSRR Camelot, CSRD Il Chiostro) — la qualità del servizio è inscindibile dalla qualità delle strutture: buoni servizi significa anche buone strutture. L'Azienda presidia perciò la manutenzione ordinaria e straordinaria, la ristrutturazione e la



riqualificazione degli ambienti, l'ammodernamento e la sostituzione di arredi e attrezzature (materassi, poltrone relax, carrozzine e dotazioni dei reparti) e l'efficientamento energetico del patrimonio. Questo obiettivo richiama e riconduce al valore pubblico dei buoni servizi gli obiettivi dei responsabili in materia strutturale (Area Anziani, Area Disabili, Hospice, Servizio Amministrativo e Direzione).

Macro-obiettivi collegati: M7 (manutenzione, patrimonio e attrezzature); M3 (requisiti strutturali di accreditamento).

OVP 2 — Includere

inclusione delle persone con disabilità e tutela dei minorenni e delle famiglie

BISOGNI E CONTESTO	Il Distretto esprime una domanda crescente di tutela dei minorenni e di sostegno alla genitorialità, con presenza significativa di minori stranieri e situazioni di povertà educativa; la competenza in materia di tutela è stata conferita all'Azienda da numerosi Comuni. Sul versante della disabilità adulta, al bisogno di percorsi di vita realmente inclusivi si aggiunge la transizione dei giovani con disabilità dai servizi per i minori a quelli per gli adulti.
STRATEGIA	Promuovere l'inclusione sociale delle persone con disabilità e assicurare la tutela dei minorenni e il sostegno alla genitorialità, sviluppando nuovi servizi in raccordo con i Comuni soci, l'Ufficio di Piano e l'AUSL e garantendo la corretta rendicontazione delle risorse esterne.
DIMENSIONI DEL VALORE	Sociale: partecipazione delle persone con disabilità alla vita di comunità; protezione dei minorenni e sostegno ai nuclei fragili. Di rete: co-progettazione con Ufficio di Piano, AUSL, terzo settore, volontariato e autorità giudiziaria minorile. Economico: intercettazione e rendicontazione delle risorse esterne (PNRR, Fondo nazionale MSNA).
STAKEHOLDER	Minorenni e famiglie; persone con disabilità e famiglie; Comuni soci; Ufficio di Piano; AUSL di Piacenza; autorità giudiziaria minorile; Prefettura; cooperative sociali e volontariato; Ministeri finanziatori.

• OVP 2.1 — Persone con disabilità (inclusione e partecipazione)

Promuovere attività di socializzazione e partecipazione alla vita di comunità costruite sui desideri espressi dagli utenti, e gestire con continuità la transizione dei giovani con disabilità dai servizi per i minori a quelli per gli adulti.

Macro-obiettivi collegati: M6, M9.

• OVP 2.2 — Minori e famiglie (tutela e genitorialità)

Assicurare la tutela dei minorenni e il sostegno alla genitorialità attraverso il Servizio Sociale, il Centro per le Famiglie e la rete dei servizi educativi, garantendo la continuità del servizio educativo alla scadenza dell'appalto (30/09/2026).

Macro-obiettivi collegati: M4, M5, M11.



OVP 3 — Equilibrio

sostenibilità economico-finanziaria e salute organizzativa

BISOGNI E CONTESTO	L'equilibrio economico è la preconditione della continuità di tutti i servizi. Il contesto interno presenta elementi di attenzione: turnover elevato nell'area amministrativo-contabile, digitalizzazione dei processi da completare, crediti da recuperare, patrimonio e attrezzature che richiedono investimenti programmati.
STRATEGIA	Preservare l'equilibrio economico della gestione e rafforzare la salute organizzativa, garantendo la continuità delle funzioni chiave, la formazione del personale e le politiche di pari opportunità e benessere organizzativo.
DIMENSIONI DEL VALORE	Economico: pareggio della gestione aziendale e dei centri di costo; tempestività dei pagamenti. Organizzativo: informazioni gestionali tempestive e affidabili; continuità delle funzioni. Per i soci: affidabilità della programmazione economica e delle rendicontazioni.
STAKEHOLDER	Comuni soci e Assemblea dei Soci; Amministratore Unico; Revisore dei conti; fornitori; personale; Regione Emilia-Romagna; utenti quali beneficiari finali della continuità dei servizi.

▪ OVP 3.1 — Equilibrio economico-finanziario e controllo di gestione

Presidiare il pareggio della gestione attraverso il controllo di gestione infrannuale, il rispetto degli standard regionali di personale, l'ottimizzazione dei flussi di cassa, il recupero dei crediti e la revisione dei servizi esternalizzati e dei contratti di fornitura.

Macro-obiettivi collegati: M1, M4, M9, M11.

▪ OVP 3.2 — Salute organizzativa e capitale umano

Garantire la continuità delle funzioni amministrativo-contabili, sviluppare le competenze del personale e attuare le politiche di pari opportunità e benessere organizzativo, in raccordo con il POLA e con il Piano triennale delle azioni positive.

Macro-obiettivi collegati: M10.

▪ OVP 3.3 — Patrimonio, investimenti e digitalizzazione

Proseguire l'ammodernamento e l'efficientamento energetico del patrimonio e delle attrezzature, completare la digitalizzazione e la semplificazione dei processi e presidiare i flussi informativi e la rendicontazione.

Macro-obiettivi collegati: M7, M8.

Riferimenti normativi e conformità — Art. 6 D.L. 80/2021; D.M. 132/2022; standard DGR 514/2009 e DGR 273/2016; D.Lgs. 36/2023; risorse PNRR e Fondo nazionale MSNA.



2.2

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Se la sottosezione precedente dice dove l'Azienda vuole arrivare, questa spiega come ci arriva e come lo misura. Il lavoro è organizzato come un ciclo continuo — si pianifica, si fa, si verifica e si corregge — e gli obiettivi sono costruiti su tre livelli: i grandi obiettivi di valore pubblico, gli obiettivi delle singole strutture e quelli affidati ai responsabili. Ognuno è accompagnato da indicatori e traguardi concreti, così che i risultati si possano davvero verificare e non restino sulla carta.



Sottosezione 2.2 — Performance

Il ciclo di programmazione e verifica della performance

La performance è programmata e verificata come processo ciclico e continuo, secondo una logica di miglioramento progressivo e continuo: in fase di programmazione si definiscono obiettivi e risorse; nel corso dell'esercizio le attività vengono attuate; lo stato di avanzamento è verificato periodicamente; gli scostamenti sono corretti con azioni tempestive di adeguamento. Le quattro fasi – pianificazione, attuazione, verifica e correzione (ciclo PDCA) – si susseguono in modo iterativo, così che la programmazione orienti la gestione ai risultati e alla continuità dei servizi e non si esaurisca in un adempimento.

La rappresentazione per obiettivi e risultati attesi

Per facilitare la lettura e la condivisione, il Piano accompagna ciascun obiettivo con i risultati attesi che ne consentono la verifica: l'obiettivo indica il traguardo da raggiungere, i risultati attesi – con i relativi tempi – ne rendono misurabile il conseguimento. L'impostazione ha finalità espositiva e di allineamento tra i livelli dell'organizzazione; la misurazione e la valutazione restano disciplinate dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance vigente.

L'architettura degli obiettivi

Il Piano declina gli obiettivi su tre livelli:

gli Obiettivi di Valore Pubblico (OVP 1-3), già illustrati, che esprimono l'impatto atteso;

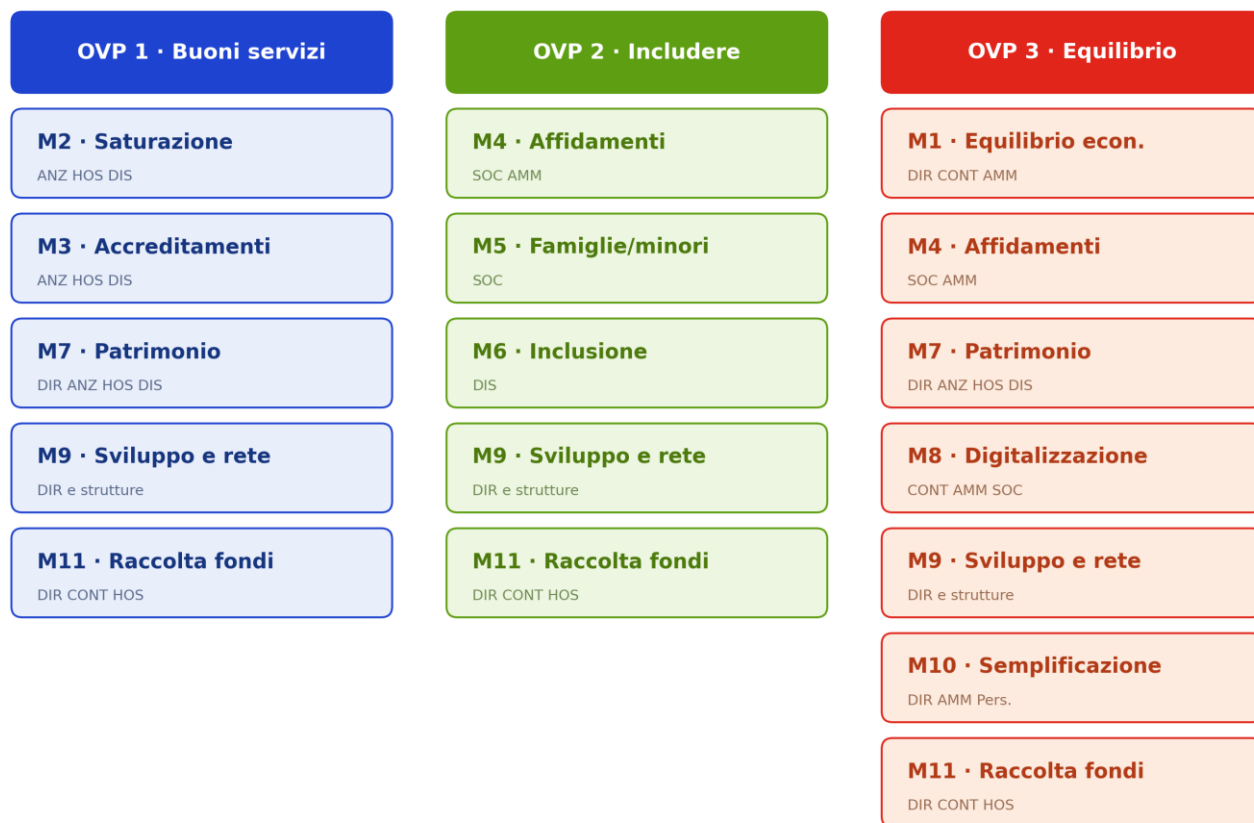
gli Obiettivi di struttura, che esprimono la performance organizzativa e sono declinati sulle strutture aziendali;

gli Obiettivi dei responsabili, che declinano gli obiettivi di struttura in azioni misurabili affidate alle singole strutture, con l'indicazione della struttura competente, dell'obiettivo, del piano di azione, degli indicatori, dei tempi e del raccordo con i macro-obiettivi e con gli Obiettivi di Valore Pubblico. Il raccordo con le linee strategiche è riepilogato nella tabella che chiude la presente sottosezione.

Gli obiettivi sono costruiti in coerenza con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e con gli Obiettivi di Valore Pubblico del triennio. Ai fini della misurazione e valutazione della performance rilevano gli obiettivi riportati nel presente Piano, selezionati secondo principi di selettività, significatività e trasparenza.

Ciascun obiettivo è riferito alla struttura organizzativa competente, senza indicazione nominativa dei responsabili; l'assegnazione ai titolari di incarico avviene con determinazione del Direttore, in attuazione del presente Piano e degli incarichi di Elevata Qualificazione conferiti dal Direttore. Per le strutture il cui responsabile non è titolare di incarico di Elevata Qualificazione e per gli obiettivi trasversali della Direzione, gli obiettivi costituiscono obiettivi organizzativi presidiati direttamente dalla Direzione, in raccordo con le strutture competenti.

Riferimenti normativi e conformità — D.Lgs. 150/2009 e SMVP; art. 6 D.L. 80/2021; determinazione n. 193/2026 (incarichi EQ).



I macro trasversali ricorrono sotto più OVP: M4 (OVP 2-3), M7 (OVP 1-3), M9 e M11 (OVP 1-2-3) · i codici sintetizzano le strutture che li presidiano
 DIR Direzione · ANZ Anziani · DIS Disabili · HOS Hospice · SOC Sociale territoriale · AMM Amministrativo · CONT Contabile · Pers. Ufficio Personale

Obiettivi di struttura (performance organizzativa)

Gli obiettivi di struttura esprimono la performance organizzativa dell'Azienda e sono declinati sulle strutture coinvolte. Per ciascun obiettivo la scheda indica la descrizione, l'obiettivo di valore pubblico di riferimento, le strutture coinvolte, gli indicatori organizzativi e lo sviluppo atteso nel triennio (lo sviluppo delle annualità successive ha carattere programmatico ed è oggetto di conferma o revisione in sede di aggiornamento del PIAO).

**M1 – Equilibrio economico-finanziario e controllo di gestione**

DESCRIZIONE	Pareggio della gestione aziendale e miglioramento del controllo di gestione; monitoraggio almeno trimestrale delle risorse in entrata e in uscita, con intervalli più brevi quando l'andamento gestionale lo richieda; predisposizione di bilanci infrannuali; recupero dei crediti; ottimizzazione dei flussi di cassa e garanzia di tempi certi di pagamento ai fornitori.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS2, OS5 — il presidio dell'integrità negli affidamenti e l'aggiornamento della gestione del rischio proteggono la tenuta economica: irregolarità nella spesa e controlli deboli si traducono in maggiori costi e contenzioso.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione; CONT; AMM; tutte le strutture
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Risultato di esercizio dell'Azienda e dei centri di costo; numero e tempestività dei report o bilanci infrannuali; ammontare e percentuale dei crediti recuperati; indicatore di tempestività dei pagamenti; andamento dei flussi di cassa.
SVILUPPO 2026	Bilanci periodici almeno trimestrali e monitoraggi più ravvicinati ove necessario; azioni di recupero crediti verso privati ed enti pubblici (solleciti e incarichi legali); monitoraggio dei flussi di cassa e dei tempi di pagamento; pareggio della gestione 2026.
SVILUPPO 2027	Consolidamento della contabilità analitica per centri di costo e della reportistica direzionale; prosecuzione del recupero crediti.
SVILUPPO 2028	Sistema di controllo di gestione a regime, con indicatori standard per servizio e reportistica infrannuale strutturata.

M2 – Saturazione e qualità dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari

DESCRIZIONE	Copertura dei posti disponibili e monitoraggio dei costi del personale, garantendo il funzionamento dei servizi mediante dotazioni coerenti con gli standard regionali (DGR 514/2009 e DGR 273/2016) e l'organizzazione dei servizi generali secondo standard ottimali.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 1
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS3, OS5 — la trasparenza su modalità di accesso, liste d'attesa e tempi (art. 32 D.Lgs. 33/2013) e la valutazione del rischio sui processi di ammissione tutelano l'imparzialità nell'assegnazione dei posti.



STRUTTURE COINVOLTE	ANZ; DIS; HOS
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Percentuale di copertura dei posti disponibili; rapporto ore erogate/programmate nella domiciliarità; costo del personale per centro di costo e scostamento dal budget; coerenza delle dotazioni con gli standard regionali.
SVILUPPO 2026	Saturazione dei posti letto disponibili; razionalizzazione del personale e dei servizi generali; contenimento delle perdite dei centri di costo entro i limiti definiti.
SVILUPPO 2027	Mantenimento della saturazione; rientro in esercizio del nucleo A3 della CRA al completamento della ristrutturazione e riprogrammazione dell'offerta.
SVILUPPO 2028	Consolidamento dell'offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare, in coerenza con gli indirizzi dei Comuni soci.

M3 – Mantenimento degli accreditamenti e adeguamento della documentazione dei servizi

DESCRIZIONE	Mantenimento del sistema di accreditamento e di autorizzazione dei servizi (CRA, Centro Diurno, SAD, Hospice e servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità) mediante aggiornamento della documentazione e delle procedure e preparazione delle visite di verifica.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 1
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS3, OS5 — completezza e aggiornamento della documentazione pubblicata e mappatura dei processi autorizzativi riducono il rischio di dichiarazioni non veritiere e di irregolarità nei rinnovi.
STRUTTURE COINVOLTE	ANZ; DIS; HOS
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Percentuale di documentazione aggiornata sul totale; esito delle verifiche di accreditamento; assenza di prescrizioni non risolte nei termini.
SVILUPPO 2026	Aggiornamento della documentazione e delle procedure dei servizi accreditati; predisposizione alla visita degli accreditatori regionali per l'Hospice.
SVILUPPO 2027	Mantenimento dei requisiti; gestione delle visite di verifica e degli adempimenti connessi ai rinnovi.
SVILUPPO 2028	Presidio continuativo dei requisiti di accreditamento e aggiornamento periodico della documentazione a regime.

**M4 – Gestione dei servizi externalizzati, revisione dei contratti e procedure di affidamento**

DESCRIZIONE	Gestione e monitoraggio dei servizi externalizzati e delle procedure di affidamento ai sensi del D.Lgs. 36/2023; riesame e, ove conveniente e giuridicamente possibile, rinegoziazione dei contratti di fornitura; programmazione degli acquisti e individuazione di operatori affidabili; presidio dell'appalto dei servizi educativi, dell'albo fornitori delle comunità, della co-progettazione e del coordinamento con i DEC.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 2-3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS2, OS6 — è l'obiettivo più esposto: affidamenti diretti, procedure negoziate e conferimento di incarichi di collaborazione sono fra i processi con valutazione Medio-Alta dell'Allegato 1.
STRUTTURE COINVOLTE	SOC; AMM
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Regolarità dell'esecuzione contrattuale (verbali di verifica, contestazioni, conguagli); numero e valore dei contratti riesaminati; livelli di qualità e continuità delle forniture; rispetto dei termini delle procedure; continuità dei servizi alla scadenza dei contratti.
SVILUPPO 2026	Monitoraggio dell'appalto dei servizi educativi in scadenza al 30/09/2026 e predisposizione della nuova procedura o degli atti di rinnovo; avviso albo fornitori 2026; avvio della co-progettazione per il Centro per le Famiglie; ricognizione dei principali contratti di fornitura.
SVILUPPO 2027	Esecuzione e monitoraggio dei nuovi contratti; attuazione delle revisioni individuate; adeguamento della regolamentazione interna in materia di acquisizione di beni, servizi e lavori al D.Lgs. 36/2023.
SVILUPPO 2028	Consolidamento del sistema di qualificazione e valutazione dei fornitori e del monitoraggio continuativo di qualità, presenza e affidabilità.

M5 – Consolidamento del Centro per le Famiglie e della rete territoriale per i minorenni

DESCRIZIONE	Co-progettazione, rapporti con Ufficio di Piano e AUSL, progetto PNRR (terza annualità), accoglienza MSNA e relative rendicontazioni; integrazione sociosanitaria.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 2



OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS2, OS6 — i servizi sono realizzati mediante appalti e incarichi professionali: il presidio sulle procedure di affidamento e sulle dichiarazioni di inconferibilità e di conflitto di interessi ne condiziona la regolarità.
STRUTTURE COINVOLTE	SOC
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Perfezionamento della co-progettazione nei termini; adempimenti PNRR su piattaforma ReGIS nei termini; rendicontazioni MSNA trasmesse; partecipazione agli organismi di rete.
SVILUPPO 2026	Bando di co-progettazione per la gestione del Centro per le Famiglie; terza annualità del progetto PNRR; debito informativo SIM e richieste di contributo sul Fondo nazionale MSNA.
SVILUPPO 2027	Avvio della gestione co-progettata del Centro per le Famiglie; completamento e rendicontazione finale del progetto PNRR.
SVILUPPO 2028	Consolidamento della rete territoriale per i minorenni e le famiglie e delle collaborazioni con Ufficio di Piano, AUSL e terzo settore.

M6 – Inclusione sociale delle persone con disabilità

DESCRIZIONE	Attività di socializzazione, progetti sportivi, culturali e di partecipazione alla vita di comunità, costruite sui desideri espressi dagli utenti.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 2
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS3, OS5 — trasparenza sulle modalità di accesso e valutazione del rischio sui processi di assegnazione e collocazione degli utenti garantiscono parità di trattamento.
STRUTTURE COINVOLTE	DIS
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Percentuale di utenti dei servizi residenziali coinvolti in attività di inclusione; numero e varietà delle attività realizzate.
SVILUPPO 2026	Coinvolgimento di almeno il 50% degli utenti di Comunità Alloggio e Gruppo Appartamento in attività di socializzazione e inclusione.
SVILUPPO 2027	Mantenimento del livello di coinvolgimento raggiunto e ampliamento delle tipologie di attività, in raccordo con la rete del volontariato.



SVILUPPO 2028	Consolidamento dei percorsi di inclusione quale componente strutturale del progetto di vita degli utenti.
---------------	---

M7 – Manutenzione, ristrutturazione, efficientamento energetico e ammodernamento del patrimonio

DESCRIZIONE	Programmazione, coordinamento e controllo della manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio; avvio e completamento delle procedure per gli appalti di ristrutturazione; investimenti nei reparti, riqualificazione degli ambienti, sostituzione di impianti e attrezzature obsolete; interventi di risparmio energetico e accesso a contributi pubblici o privati.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 1-3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS2, OS5 — l'obiettivo si realizza attraverso appalti di lavori e forniture: modifiche contrattuali, varianti e subappalti sono presidiati dalle misure specifiche dell'Allegato 1.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione; ANZ; DIS; HOS; Ufficio tecnico; CONT
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Percentuale di realizzazione degli interventi e investimenti programmati; rispetto dei tempi delle procedure e dei lavori; numero di interventi manutentivi completati; contributi reperiti; riduzione dei consumi o costi energetici.
SVILUPPO 2026	Realizzazione degli interventi programmati per il 2026 (attrezzature dei reparti CRA, attrezzature CSRR Camelot, ventilconvettori CSRD Il Chiostro, riqualificazione dei locali della Comunità Il Giardino, spazi Hospice piano A); avvio o prosecuzione dei lavori di ristrutturazione; ricognizione degli interventi di risparmio energetico.
SVILUPPO 2027	Prosecuzione del piano degli investimenti e degli interventi manutentivi con priorità a sicurezza, qualità degli ambienti ed efficientamento energetico.
SVILUPPO 2028	Completamento del ciclo di ammodernamento programmato; messa a regime del monitoraggio energetico e manutentivo; aggiornamento della programmazione degli investimenti.

M8 – Digitalizzazione, flussi informativi e rendicontazione

DESCRIZIONE	Correlazione tra applicativo gestionale e rendicontazione della spesa sociale, piattaforme regionali e ministeriali (Garsia, SIM, ReGiS, SIOSS), assolvimento dei debiti informativi.
-------------	---



OVP DI RIFERIMENTO	OVP 3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS1, OS3 — la piattaforma di segnalazione e i flussi di pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” sono componenti dello stesso processo di digitalizzazione.
STRUTTURE COINVOLTE	CONT; AMM; SOC
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Operatività del sistema di correlazione gestionale/spesa sociale; completezza e tempestività dei debiti informativi; correzione degli errori bloccanti nelle trasmissioni.
SVILUPPO 2026	Predisposizione del sistema informatico di correlazione tra applicativo gestionale e rendicontazione della spesa sociale; completamento delle trasmissioni regionali (Garsia) e assolvimento dei debiti informativi (SIM, ReGiS, SIOSS).
SVILUPPO 2027	Estensione della digitalizzazione ai flussi documentali interni e alle rendicontazioni verso Comuni ed enti finanziatori.
SVILUPPO 2028	Sistema informativo integrato a regime, con debiti informativi assolti in via ordinaria e reportistica automatizzata.

M9 – Sviluppo dei servizi e raccordo con il territorio

DESCRIZIONE	Ampliare i servizi gestiti dall'Azienda, in primo luogo attraverso la gestione dei servizi affidati dai Comuni soci; assicurare un confronto continuativo con i Comuni soci, l'Ufficio di Piano e l'AUSL per rilevare i bisogni, verificare la fattibilità di nuovi servizi e ampliare o rimodulare quelli esistenti.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 1-2-3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS3 — l'accessibilità dei dati e il rapporto con utenti, familiari e associazioni sono la premessa del raccordo territoriale e della consultazione degli stakeholder.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione; tutte le strutture
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Numero di incontri o tavoli di confronto istituzionale; proposte o studi di fattibilità; numero di nuovi affidamenti, servizi avviati o ampliati; rispetto dei tempi concordati.



SVILUPPO 2026	Ricognizione dei bisogni e delle opportunità di affidamento con Comuni soci, Ufficio di Piano e AUSL; definizione di almeno un ambito prioritario di sviluppo e avvio della relativa valutazione di fattibilità.
SVILUPPO 2027	Attuazione delle iniziative sostenibili e coerenti con gli indirizzi dei Comuni soci; monitoraggio degli esiti.
SVILUPPO 2028	Consolidamento dei servizi avviati o ampliati e aggiornamento della programmazione.

M10 – Semplificazione dei processi e sviluppo delle competenze

DESCRIZIONE	Verificare i processi lavorativi, individuare ritardi, duplicazioni o intralci procedurali e adottare misure di semplificazione, anche mediante digitalizzazione e revisione di responsabilità e flussi; assicurare una formazione costante del personale coerente con i fabbisogni organizzativi e con le innovazioni normative e tecnologiche.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS1, OS4, OS5, OS6 — formazione su etica e integrità, conoscenza del canale di segnalazione, revisione dei processi e gestione delle dichiarazioni sugli incarichi sono parte della stessa azione sulle competenze e sull'organizzazione.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione; tutte le strutture; AMM; Ufficio Personale
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Numero di processi analizzati e semplificati; riduzione dei tempi o dei passaggi procedurali; percentuale di azioni formative realizzate sul programmato; partecipazione del personale alla formazione.
SVILUPPO 2026	Mappatura dei processi con maggiori criticità; individuazione delle prime misure correttive; definizione e avvio del piano formativo sui fabbisogni rilevati.
SVILUPPO 2027	Attuazione e verifica delle semplificazioni, in raccordo con la digitalizzazione dei flussi; aggiornamento del piano formativo.
SVILUPPO 2028	Standardizzazione dei processi semplificati e messa a regime della programmazione annuale della formazione.

**M11 – Reperimento di risorse esterne e raccolta fondi**

DESCRIZIONE	Attuare interventi di raccolta fondi, direttamente come Azienda o tramite associazioni e soggetti interessati, e presidiare bandi e altre opportunità di finanziamento pubblico o privato per reperire risorse destinate a lavori, attrezzature e servizi.
OVP DI RIFERIMENTO	OVP 1-2-3
OS COLLEGATI (ANTICORRUZIONE)	OS2, OS3 — donazioni, liberalità e sponsorizzazioni sono presidiate dal § 8.6 della Sottosezione 2.3: atto di chiusura del donativo, registro e divieto che il vincolo di destinazione orienti la scelta del fornitore.
STRUTTURE COINVOLTE	Direzione; CONT; HOS; Ufficio tecnico; strutture interessate
INDICATORI ORGANIZZATIVI	Numero di opportunità di finanziamento esaminate; numero e valore delle candidature o iniziative di raccolta fondi; ammontare delle risorse ottenute; percentuale di risorse correttamente utilizzate e rendicontate.
SVILUPPO 2026	Ricognizione dei fabbisogni finanziabili e delle opportunità pubbliche e private; attivazione dei rapporti con associazioni e potenziali sostenitori; presentazione delle iniziative compatibili con tempi e requisiti.
SVILUPPO 2027	Sviluppo delle iniziative di raccolta fondi e partecipazione ai bandi coerenti con lavori, attrezzature e servizi programmati; monitoraggio dell'utilizzo e della rendicontazione.
SVILUPPO 2028	Consolidamento di un presidio stabile delle opportunità di finanziamento e delle relazioni con associazioni, fondazioni e altri soggetti sostenitori.

Riferimenti normativi e conformità — D.Lgs. 150/2009 e SMVP; DGR 514/2009 e DGR 273/2016; D.Lgs. 36/2023; D.Lgs. 33/2013.

Obiettivi dei responsabili

Gli obiettivi dei responsabili declinano gli obiettivi di struttura sulle singole unità organizzative. Per ciascun obiettivo sono indicati la struttura competente, l'obiettivo, il piano di azione, gli indicatori, i tempi e il raccordo con i macro-obiettivi e con gli Obiettivi di Valore Pubblico.

Direzione

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
DIR	Obiettivo di Valore Pubblico — presidio complessivo dei tre OVP	Concorso al raggiungimento degli indicatori pubblici e loro monitoraggio integrato	Relazione sulla Performance a sintesi della raccolta degli indicatori sugli obiettivi.	Continuativo (triennio)	M1; M3; M9	OVP 1-2-3
DIR	Pareggio del risultato di esercizio aziendale 2026	Coordinamento del sistema di contabilità analitica e	Bilanci periodici trimestrali	30/09/2026	M1	OVP 3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
		monitoraggio dei centri di costo (art. 11 comma 5 Regolamento di contabilità)				
DIR	Organizzazione sistema per appalti di lavori, servizi e forniture	Definizione del regolamento per la gestione degli affidamenti	Corsi di formazione Regolamentazione procedure	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
DIR	Aggiornamento P.I.A.O.	Aggiornamento periodico e adozione della metodologia del Valore Pubblico	Adozione della rinnovata versione del PIAO	Tempi di legge	M10	OVP 3
DIR	Convenzione con l'Amministrazione Provinciale per la gestione delle GARE	Convenzione e predisposizione della documentazione ai fini dell'adozione della Decisione dell'Amministratore Unico	Convenzione SUA Provincia di Piacenza	30/09/2026	M4	OVP 2; OVP 3
DIR	Nuovo sito internet	Richiesta ed esame offerte	Esame offerte	31/12/2026	M8	OVP 3
DIR	Avvio percorso PPP per la gestione energetica e del calore degli edifici di ASP Azalea	Predisposizione delle attività prodromiche e necessarie all'avvio della procedura. Raccordo con i consulenti. Predisposizione dei dati necessari all'analisi energetica; definizione dei criteri di efficientamento	Avvio del procedimento di ricerca del partner	30/11/2026	M7	OVP 1; OVP 3

Area Anziani (CRA Albesani, Centro Diurno, SAD)

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
ANZ	OVP — Saturazione della CRA Albesani	Presidio delle liste d'attesa e delle ammissioni; riduzione dei tempi di riassegnazione del posto letto dopo la dimissione.	Posti letto occupati su posti letto autorizzati, media annua — minimo 97%	Continuativo (triennio)	M2; M3	OVP 1; OVP 3
ANZ	OVP — Saturazione del Centro Diurno	Riattivazione del servizio e promozione presso i Comuni soci e i servizi sociali territoriali.	Posti diurni occupati su posti disponibili, media annua a partire dalla riapertura — minimo 50 % nell'anno di riavvio, 85% a regime	Dalla riapertura del servizio	M2	OVP 1; OVP 3
ANZ	OVP — Copertura del servizio di assistenza domiciliare	Programmazione settimanale degli accessi e recupero delle ore non erogate.	Ore SAD erogate su ore programmate — minimo 95%	Continuativo (triennio)	M2	OVP 1; OVP 3
ANZ	OVP — Mantenimento degli accreditamenti dell'area	Aggiornamento della documentazione e delle procedure di CRA, Centro Diurno e SAD.	Servizi dell'area con accreditamento e autorizzazione in corso di validità; documentazione aggiornata sul totale — 100% dei servizi; 100% della documentazione da aggiornare entro il 30/09 di ogni anno	Annuale	M3	OVP 1



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
ANZ	OVP — Soddisfazione di utenti e familiari	Somministrazione del questionario e restituzione degli esiti in sede di Gruppo di coordinamento.	Rilevazioni effettuate nell'anno; giudizi positivi sul totale dei questionari raccolti — almeno 1 rilevazione all'anno; minimo 80% di giudizi positivi	Annuale	M2	OVP 1
ANZ	Raggiungimento del risultato di esercizio di pareggio del centro di costo CRA (escluse le perdite collegate ad assenze di personale di lungo periodo, es: L.104, maternità, ed operatori necessari per ripristino nucleo B1 per ristrutturazione)	Razionalizzazione del personale secondo gli standard regionali e dei servizi generali secondo gli standard ottimali. Saturazione dei posti letto disponibili	- Bilancio di esercizio periodico - Scostamento ore erogate/ore da erogarsi. - % copertura posti letto;	31/12/2026	M1; M2	OVP 1; OVP 3
ANZ	Miglioramento dotazione di attrezzature nei reparti come da programmazione della spesa del bilancio pluriennale 2026-2028: riparazione/acquisto materassi; manutenzioni varie; acquisto n. 2 poltrone relax; progetto Pet Therapy con azienda cinofila "Il Biancospino"; acquisto n. 4 carrozzine.	Programmazione e acquisto attrezzature sulla base del fabbisogno.	% di nuove attrezzature nei reparti rispetto al totale programmato nell'anno	31/12/2026	M7	OVP 1; OVP 3
ANZ	Mantenimento sistema accreditamento aggiornato attraverso predisposizione relativa documentazione dei servizi CRA, C.D. e SAD.	Aggiornamento documentazione e procedure	% documentazione relativa ad accreditamento aggiornata sul totale documentazione	Annuale	M3	OVP 1
ANZ	SAD. Raggiungimento del risultato di esercizio come da bilancio previsionale.	Razionalizzazione personale e ottimizzazione tempistiche.	Bilancio esercizio periodico	31/12/2026	M1	OVP 3

Area Disabili (CSRR Camelot, CSRD Il Chiostro, Comunità Il Giardino, G.A. La Cirenaica, S.E.T.)

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
DIS	OVP — Saturazione dei servizi per persone con disabilità	Presidio delle liste d'attesa e raccordo con i Comuni soci e con l'AUSL per gli inserimenti.	Posti occupati su posti autorizzati in CSRR Camelot, CSRD Il Chiostro, Comunità Alloggio Il Giardino, media annua — minimo 95%	Continuativo (triennio)	M2; M3	OVP 1; OVP 3
DIS	OVP — Mantenimento di accreditamenti e autorizzazioni	Aggiornamento della documentazione e delle procedure dei servizi dell'area.	Servizi con accreditamento e autorizzazione in corso di validità — 100%	Annuale	M3	OVP 1



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
DIS	OVP — Inclusione e partecipazione degli utenti	Laboratori, attività sportive, uscite sul territorio e collaborazioni con associazioni, scuole e terzo settore.	Utenti che hanno partecipato ad almeno un'attività di inclusione nell'anno sul totale degli utenti; accordi o convenzioni attivi con soggetti del territorio — minimo 50% degli utenti; almeno 1 accordo per anno	31/12 di ogni anno	M6	OVP 2
DIS	OVP — Soddisfazione di utenti e familiari	Somministrazione del questionario e restituzione degli esiti alle équipe.	Rilevazioni effettuate nell'anno; giudizi positivi sul totale dei questionari raccolti — almeno 1 rilevazione all'anno; minimo 80% di giudizi positivi	Annuale	M2	OVP 1; OVP 2
DIS	CSRR CAMELOT e CSRD CHIOSTRO Risultato di esercizio aziendale 2026 a pareggio (ad esclusione di malattie lunghe (oltre 1 mese), maternità e permessi L. 104 lunghi.	Razionalizzazione del personale e dei servizi, tenendo in considerazione la DGR 514/2009 e DGR 273/2016. Ottimizzazione degli utenti dei servizi.	Bilancio di esercizio periodico	31/12/2026	M1; M2	OVP 1; OVP 3
DIS	CSRR CAMELOT Adeguamento attrezzature per la movimentazione degli utenti e sostituzione di quelle obsolete; acquisto elementi di arredo; attrezzature per i reparti. Spesa complessiva prevista: circa 12.000,00 euro.	Valutazione da parte delle figure sanitarie e degli educatori dell'attuale dotazione di attrezzature per la movimentazione degli utenti, delle attrezzature per l'assistenza e degli arredi degli spazi comuni e successiva integrazione / sostituzione con elementi nuovi.	Effettiva realizzazione dell'intervento.	31/12/2026	M7	OVP 1; OVP 3
DIS	CSRD CHIOSTRO Migliorare il livello di inclusione delle persone assistite con l'organizzazione di laboratori con la compartecipazione di soggetti esterni	Organizzazione di laboratori e attività con partecipazione di soggetti esterni (associazioni terzo settore, scuole...)	Stesura di un accordo /convenzione per la realizzazione congiunta di laboratori con soggetti del territorio	31/12/2026	M6	OVP 2
DIS	COMUNITA' ALLOGGIO GIARDINO E.G.A. LA CIRENAICA Mantenimento / rafforzamento dell'offerta di attività indirizzate all'inclusione sociale degli utenti sulla base dei desideri espressi dagli utenti.	Progetto palestra (esterno); progetto sport in comunità; uscite sul territorio (collaborazione con Sentiero del Tidone); organizzazione di gite; organizzazione laboratorio teatrale con Manicomics (prosecuzione 2025); progetto Cinema (con Cinema Moderno di CSG); Corso di fotografia; (spesa complessiva massima € 9.000,00)	Almeno il 50 % degli utenti della Comunità Alloggio e del Gruppo Appartamento che hanno partecipato ad attività di socializzazione e inclusione.	31/12/2026	M6	OVP 2



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
DIS	COMUNITA' ALLOGGIO IL GIARDINO Normare i principali processi lavorativi con la stesura di nuove procedure e istruzioni operative.	Seppure non rappresentino requisiti normativi, il Servizio sente l'esigenza di revisionare le procedure esistenti e di emetterne delle nuove per aumentare l'efficacia di processi ed attività	Adozione della documentazione revisionata come da pianificazione	31/12/2026	M10	OVP 3
DIS	Gruppo Appartamento La Cirenaica Contenimento della spesa entro quanto preventivato ai Comuni	Confermare organizzazione servizio educativo (15 ore settimanali).	Fatturazione ai Comuni e al FRNA entro i limiti del preventivo.	31/12/2026	M1	OVP 3
DIS	Servizio Educativo Territoriale Contenimento della spesa entro quanto preventivato ai Comuni	Confermare organizzazione attuale con due educatori a tempo pieno.	Fatturazione ai Comuni e al FRNA entro i limiti del preventivo.	31/12/2026	M1	OVP 3

Servizio Cure Palliative – Hospice territoriale e raccolta fondi

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
HOS	OVP — Saturazione dei posti dell'Hospice	Raccordo con la rete di cure palliative per le segnalazioni e la programmazione degli ingressi.	Tasso di occupazione dei 10 posti a regime, media annua — minimo 90%	Continuativo (Annuo e triennio)	M2	OVP 1; OVP 3
HOS	OVP — Tempestività della presa in carico	Gestione delle richieste provenienti dalla rete e programmazione degli ingressi.	Ammissioni effettuate entro tre giorni dalla richiesta, sul totale delle ammissioni — minimo 90%	Continuativo (Annuo e triennio)	M2; M9	OVP 1
HOS	OVP — Mantenimento dell'accreditamento	Revisione delle procedure e delle istruzioni operative in preparazione della visita degli accreditatori regionali.	Documenti dichiarati e revisionati sul totale; esito della visita di accreditamento — 100% dei documenti entro il 31/12/2026; visita senza prescrizioni	31/12/2026	M3	OVP 1
HOS	OVP — Soddisfazione dei familiari	Somministrazione del questionario ai familiari e restituzione degli esiti all'équipe.	Rilevazioni effettuate nell'anno; giudizi positivi sul totale dei questionari raccolti — almeno 1 rilevazione all'anno; minimo 85% di giudizi positivi	Annuale	M2	OVP 1
HOS	Risultato di esercizio a pareggio con i 10 posti a regime, considerando il contributo dell'ass. Hospice di Borgonovo, il Fund Raising e togliendo dai costi le assenze di lungo periodo (maternità, 104, infortuni)	Monitoraggio mensile Razionalizzazione personale e servizi.	Bilancio di esercizio periodico. Collaborare al fine di mantenere un tasso di riempimento sopra il 90%	31/12/2026	M1; M2	OVP 1; OVP 3
HOS	Attività di Fund Raising (diretta) al fine di raccogliere € 100.000 annui utilizzabili	Rimodulazione delle attività di raccolta fondi diretta (Asp)	Ricavi relativi alla raccolta fondi.	31/12/2026	M11	OVP 1-2-3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
	per ridurre la perdita d'esercizio, o interventi di manutenzione e rinnovo o accantonamento a riserva per gli esercizi successivi		Almeno Due Eventi gestiti in struttura			
HOS	Revisione procedure e Istruzioni operative in uso. Prepararsi a una visita degli accreditatori della regione	Costruire un piano di revisione della documentazione in uso per il prossimo triennio. Collaborare con i nodi della rete	Ripresa della revisione dei documenti dichiarati di possedere In preparazione della visita di accreditamento	31/12/2026	M3	OVP 1
HOS	Avviare il pieno funzionamento degli spazi del piano A. Usare le due stanze di sollievo Offrire più servizi e mantenere standard più elevati	Rendere gli ambienti idonei e costruire un piano di utilizzo. Ottimizzare le risorse coinvolgendo i volontari nelle piccole manutenzioni e pulizie.	Monitorare la qualità di servizio erogato Monitorare il regolamento per i volontari	31/12/2026	M7	OVP 1; OVP 3
HOS	Monitorare e attuare l'apposita legge regionale del 23 luglio 2026 RE-R	Organizzare tutti i processi e collaborare con Ausl Piacenza nonché equipe Commissione Aven.	Report in direzione per ogni singolo caso.	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3
HOS	Monitorare la convenzione con Associazione di Volontari per il sostegno dell'Hospice	Alimentare e consolidare i rapporti	Almeno un'altra associazione che si aggiunge alle quattro esistenti	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3
HOS	Monitorare la convenzione con AUSL per il sostegno dell'Hospice	Alimentare e consolidare i rapporti	Proporre un aumento di riempimento	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3
HOS	Monitorare e partecipare agli incontri Regionali per il sostegno dell'Hospice	Alimentare e consolidare i rapporti	Monitorare la proposta degli Hospice di regione ER sull'aumento retta	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3
HOS	Formazione di base per i nuovi Volontari	Organizzare e ultimare una formazione di base in cure palliative	Almeno 6 incontri di formazione come da indicazione SICP	31/12/2026	M10	OVP 3
HOS	Divulgare il servizio su tutti i comuni soci	Coinvolgere associazioni ed enti nei vari comuni Creazione sito Internet dedicato al servizio Creazione pagina social dedicata al servizio	Monitorare la qualità di servizio erogato Monitorare il feedback esterno	31/12/2026	M8; M9	OVP 1-2-3

Servizio Sociale territoriale

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
SOC	Obiettivo di Valore Pubblico — inclusione e servizi per minori e famiglie	Presidio degli indicatori pubblici del servizio sociale territoriale e concorso al loro raggiungimento	Operatività e continuità del Centro per le Famiglie; continuità dei servizi educativi territoriali; esiti della rendicontazione delle risorse esterne	Continuativo (Annuo e triennio)	M5; M9	OVP 2



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
SOC	Regolare funzionamento del Centro per le Famiglie	Predisposizione contratti con liberi professionisti. Incarichi con manifestazione d'interesse per lo sportello interculturale. Destinazione fondi regionali con incarichi ad associazioni per progetti specifici.	Stesura e firma contratti Predisposizione manifestazione d'interesse per lo sportello interculturale e assegnazione incarico Realizzazione determini e contratti per progetti specifici	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC	Rendicontazione e relazioni relativamente a Centro Famiglie di Castel San Giovanni	Progettazione condivisa degli interventi Pianificazione incontri di rete per la realizzazione dei progetti in essere Rendicontazione e predisposizione dei documenti utili per la presentazione al Distretto del Servizio in gestione	Progettazione interventi rispondente ai bisogni espressi dalla popolazione Costruzione e partecipazione ad incontri di rete Implementazione delle procedure per rendere facilmente accessibili i servizi proposti	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC	Raccolta dati servizio sociale area minori e trasmissione in Regione	Implementazione dei dati relativi all'utenza da parte degli operatori e verifica della quota errori Partecipazione ad incontri regionali per la messa a punto di un sistema regionale omogeneo nei criteri di implementazione dati Sollecito di un utilizzo quotidiano del sistema per il passaggio graduale da cartaceo a digitale dei dati Individuazione di accessori utili della piattaforma Garsia per migliorare la successiva rendicontazione	Correzione errori bloccanti Estrazione dati 2025 ed eventuali implementazioni di omissioni e dimenticanze Trasmissione alla Regione dei dati	31/12/2026	M8	OVP 3
SOC	Rapporto con il personale amministrativo	Supporto relativo a percorsi di rendicontazione da effettuare sui servizi attivati	Individuazione flusso documentale Identificazione fonti dati e suddivisione aree e servizi Definizione adempimenti e scadenze	31/12/2026	M10	OVP 3
SOC	Integrazione sociosanitaria: DGR 1102/2014	Rendicontazione anno 2025 Istruzioni per l'attività sul tema Verifica schede inviate e redazione schede economiche individuali	Partecipazione UVM invio schede e rendiconto	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3
SOC	Incontri di rete con l'Ufficio di Piano relativamente ai percorsi distrettuali e invio dati richiesti	Presentazione attività del Centro famiglie Partecipazione incontri per piani di zona Partecipazione a progetti territoriali inerenti minori e giovani Rete con il volontariato	Relazione ed avanzamento percorsi e progetti del Centro Famiglie e pubblicizzazione eventi Invio dati relativi a rendicontazione interventi educativi	31/12/2026	M9	OVP 1-2-3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
		Rapporti con il centro antiviolenza	Invio dati sul personale per il potenziamento del servizio sociale Disponibilità a confronti ove richiesto			
SOC	Coordinamento personale e servizio	progettazione condivisa degli interventi su casi complessi organizzazione del personale organizzazione del servizio	Presenza ove richiesto nei colloqui complessi o di comunicazione atti giudiziari Discussione su progettazione interventi e sull'utilizzo delle risorse del servizio. Coordinamento presenze in servizio degli operatori, autorizzazione e pianificazione ferie, attribuzione casi sulla base dell'analisi dei carichi di lavoro Valutazione e risposte a richieste provenienti da enti esterni Partecipazione a bandi di finanziamento Redazione determinazioni Accesso a piattaforma PCP e Tutto Gare per acquisizione CIG Incarico di Rup	31/12/2026	M5; M10	OVP 2; OVP 3
SOC	Consulenza legale per gli operatori in servizio su casi complessi	Predisposizione della procedura per l'individuazione di un legale da incaricare a supporto delle assistenti sociali nella gestione dei casi complessi	Incarico al legale e coordinamento dei casi su cui richiederne l'intervento	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC	Tirocini Università	Referente tirocini Assistente Sociali, predisposizioni convenzioni con le Università, gestione piattaforme telematiche dei tirocini	Avvio dei tirocini, individuazione dei tutor aziendali e monitoraggio e compilazione piattaforma	31/12/2026	M10	OVP 3
SOC	Equipe di Secondo livello per i casi complessi	Membro dell'equipe di secondo livello per i casi complessi	Partecipazione alle riunioni e alle formazioni dell'equipe di secondo livello	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC	Tavolo AUSL infanzia e adolescenza	Membro per il Distretto di Ponente del Tavolo Ausl Infanzia e Adolescenza	Partecipazione alle riunioni del Tavolo e alle conseguenti decisioni assunte	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC	Elenco Avvocati difensori e curatori dei minori	Creazione di un albo di Avvocati che esercitino il ruolo di difensore- curatore del minore	Predisposizione delle procedure e dei criteri per la creazione dell'albo e sua realizzazione	31/12/2026	M5	OVP 2



Servizio Sociale – Seconda Posizione

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
SOC2	Obiettivo di Valore Pubblico – tutela dei minorenni e continuità educativa	Presidio degli indicatori pubblici della tutela minori e concorso al loro raggiungimento	Continuità del servizio educativo alla scadenza dell'appalto (30/09/2026); operatività della tutela dei minorenni; esiti positivi delle rendicontazioni dei progetti finanziati (PNRR, Fondo nazionale MSNA)	Continuativo (Annuo e triennio)	M4; M5	OVP 2; OVP 3
SOC2	Gara servizi educativi. Responsabile del procedimento dell'appalto in qualità di RUP relativo all' affidamento dei centri educativi per minori e del servizio educativo domiciliare e territoriale per minori in carico ad Asp, per il periodo di tre anni, con opzione di rinnovo per ulteriori tre anni ed eventuale proroga tecnica di sei mesi.	Monitoraggio dell'appalto triennale (01/10/2023 – 30/09/2026)	Controllo di gestione economica attraverso il congruaggio trimestrale delle fatture Coordinamento delle attività con il DEC, anche per il controllo amministrativo-contabile Monitoraggio del servizio esternalizzato attraverso verifiche e riunioni gestionali trimestrali con l'Appaltatore Organizzazione delle manutenzioni ordinarie dei centri educativi che si rendono necessarie nel corso dell'Appalto. Acquisti che si rendono necessari nel corso dell'Appalto (es. elettrodomestici per le cucine dei centri educativi)	30/09/2026	M4	OVP 2; OVP 3
SOC2	Nuova Gara Servizi Educativi o rinnovo dell'appalto. Responsabile del procedimento dell'appalto in qualità di RUP relativo all' affidamento dei centri educativi per minori e del servizio educativo domiciliare e territoriale per minori in carico ad Asp.	Predisposizione della nuova procedura di gara o degli atti propedeutici al rinnovo dell'appalto.	Predisposizione base di gara, capitolato e bando di gara. Firma contratto o rinnovo appalto	30/09/2026 – 31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
SOC2	Responsabilità dei procedimenti di appalto dei servizi a gestione interna (anche in qualità di RUP) con verifica e controllo della loro sostenibilità gestionale ed economica	Esito del Monitoraggio dell'appalto di personale educativo per la realizzazione dell'intervento educativo (educativa domiciliare) nell'ambito del progetto finanziato PNRR Missione 5 – Componente 2, Investimento 1.1.1	Controllo di gestione economica attraverso il controllo mensile delle fatture	(Annuo e triennio)	M4	OVP 2; OVP 3
SOC2	Implementazione progetto finanziato PNRR Missione 5 – Componente 2,	Aggiornamento operatori, coach ed equipe multidisciplinari,	Quando richiesto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in	(Annuo e triennio)	M5	OVP 2



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
	Investimento 1.1.1 con incarico di RT (Referente Territoriale) per il periodo 2023-2026. Terza annualità.	supervisione percorso di n. 10 famiglie target Sostegno e monitoraggio per l'attivazione dei dispositivi d'intervento Partecipazione di RT e operatori alle formazioni previste Inserimento da parte di RT dei dati relativi al monitoraggio finanziario e fisico nonché della documentazione disposizione dal MEF RGS ReGIS con le modalità e secondo le tempistiche stabilite dalle Circolari RG; Caricamento da parte del RT dei dati inerenti il monitoraggio procedurale, tecnico ed operativo sulla piattaforma ReGIS	collaborazione con Comune di Castel San Giovanni capofila del progetto Quando richiesto dal Ministero delle Politiche del Lavoro, in collaborazione con Comune di Castel San Giovanni capofila del progetto			
SOC2	Adempimenti amministrativi per le comunità per minori.	Predisposizione avviso Albo Fornitori comunità e relativi allegati anno 2026 Utilizzo piattaforma Tutto gare per il caricamento documenti. Verifica e validazione dei nuovi fornitori. Stesura e firma dei contratti anno 2026	Pubblicazione dell'avviso e aggiornamento dell'Albo fornitori delle comunità 2026; numero di fornitori verificati e validati; contratti sottoscritti entro i termini.	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
SOC2	Avviso pubblico per la presentazione di domande per l'inserimento nell'Elenco di ASP AZALEA di Soggetti qualificati in ambito regionale alla gestione di strutture residenziali, semiresidenziali e appartamenti per l'accoglienza di minori, minori stranieri non accompagnati, madri con minori e gestanti, donne vittime di violenza e soggetti neomaggiorenni, e/o di progetti per il sostegno alla genitorialità.	Predisposizione atti, in collaborazione con il RUP, per l'acquisizione di beni e servizi	Pubblicazione bando Acquisizione domande Nomina Commissione per la valutazione domande pervenute Approvazione dell'Elenco pubblico di soggetti qualificati alla gestione di strutture residenziali e semiresidenziali per l'accoglienza di minori, minori stranieri non accompagnati, gestanti, madri con minori, donne vittime di violenza e/o soggetti neomaggiorenni, e/o di progetti per il sostegno alla genitorialità	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
SOC2	Atti amministrativi e rendiconti mensili ad integrazione della attività dell'ufficio finanziario	Registrazione proroghe e nuovi ingressi di minori in comunità anno 2026 Registrazione proroghe e nuovi affidamenti familiari anno 2026 Registrazione sussidi Rendiconti mensili pasti centri educativi	Comunicazione alle comunità della data ingresso del minore, con indicazione del CIG per la fatturazione Determinazione mensile Determinazione mensile Registrazione bolle e report mensile	31/12/2026	M8	OVP 3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
		Rendiconti trimestrali spese postali Controllo di gestione trimestrale e monitoraggio delle risorse in entrata ed uscita degli affidamenti familiari e della comunità Rendiconti trimestrali per i Comuni delle spese affidamenti familiari e rette di comunità Rendiconti mensili per i Comuni delle spese sussidi	Report trimestrale Report trimestrale Report trimestrale Report mensile			
SOC2	Procedure per la richiesta di contributo a valere sul Fondo Nazionale del Ministero dell'Interno per l'accoglienza di Minori Stranieri Non Accompagnati.	Debito informativo SIM (Sistema Informatico Minori. Piattaforma ministeriale per il caricamento dati dei MSNA) Rendiconti trimestrali e richiesta di contributo Ispezione trimestrale della Prefettura	Inserimento dati per nuovo ingresso di MSNA Predisposizione del modello A da inviare alla Prefettura Predisposizione dei documenti a seguito di richiesta di ispezione, in collaborazione con l'ufficio contabile	31/12/2026	M5	OVP 2
SOC2	Assolvimento dei debiti informativi regionali – area minori	Debito informativo SIOSS area minori	Predisposizione dati su richiesta dell'Ufficio di Piano suddivise per aree tematiche	31/12/2026	M8	OVP 3
SOC2	Sostituzione della Responsabile del servizio in caso di assenza o impedimenti fisici fino a trenta giorni consecutivi	Organizzazione del calendario ferie disponibile sulla rete condivisa e comunicazione reciproca delle ferie.	Sostituzione della Responsabile nei periodi di assenza. Predisposizione calendario riunioni di servizio bi-mensili. Predisposizione calendario mensile riunioni integrate con i servizi sanitari (NPJA, SerDP).	31/12/2026	M10	OVP 3
SOC2	Supporto nella gestione delle risorse assegnate al Servizio.	Disponibilità per eventuali incarichi di commissario in concorsi pubblici per l'assunzione di personale socio-educativo Supporto e confronto con le AS dipendenti assegnate ai Comuni per le attività relative alle funzioni dell'area anziani, area adulti fragili e disabilità Organizzazione di appuntamenti dedicati su richiesta delle colleghe AS Monitoraggio dei servizi educativi internalizzati del servizio minori Tavolo AUSL Infanzia e Adolescenza	Predisposizione della documentazione propedeutica alle prove scritte ed orali Incontri mensili con le colleghe assegnate ai Comuni su argomenti relativi alle attività espletate nei Comuni nell'ambito della riunione di servizio. Disponibilità in tempo reale di persona o telefonica su quesiti relativi alla casistica in carico. Rendiconto attività: numero casistica presa in carico e nuove attivazioni Predisposizione file mensili suddivisi per tipologia di servizio (IP; HV; Oasi), monte	31/12/2026	M9; M10	OVP 1-2-3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
			ore utilizzato e assegnazione al Comune di riferimento. Partecipazione, in sostituzione della Responsabile, alle riunioni del Tavolo e alle conseguenti decisioni assunte			

Servizio Amministrativo

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
AMM	Obiettivo di Valore Pubblico — legalità degli affidamenti e cura del patrimonio	Presidio degli indicatori pubblici dell'area amministrativa e concorso al loro raggiungimento	Regolarità e tempestività degli affidamenti e delle procedure; continuità amministrativa; mantenimento degli standard strutturali e manutentivi del patrimonio	Continuativo (Annuo e triennio)	M4; M7; M10	OVP 2; OVP 3
AMM	Mantenimento degli standard qualitativi dei servizi di supporto erogati	Gestione contratti per i servizi di ristorazione- lavanoio biancheria piana – lavaggio indumenti ospiti e divise – pulizie – vigilanza – rifiuti sanitari - utenze -	Bilancio periodico di esercizio, Verifiche periodiche.	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
AMM	Sottoscrizione contratti come da programma biennale degli acquisti di beni e servizi (art. 37 D.Lgs. 36/2023)	Redazione, gestione amministrativa del processo	Bilancio periodico di esercizio	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3
AMM	Presidio della continuità amministrativa e potenziamento del raccordo informativo con la Direzione	Predisposizione di flussi informativi strutturati e di reportistica direzionale sullo stato dei procedimenti in corso, scadenze, adempimenti e principali processi amministrativo-contabili; supporto istruttorio alla Direzione nella fase di consolidamento operativo dell'ente	Report periodici alla Direzione (cadenza almeno trimestrale); scadenario e mappatura dei procedimenti costantemente aggiornati	31/12/2026	M10	OVP 3
AMM	Mantenimento degli standard strutturali, manutentivi ed energetici del patrimonio aziendale	Coordinamento delle attività finalizzate al mantenimento dell'efficienza degli immobili e degli impianti; interfaccia operativa con la ditta affidataria della gestione calore e delle manutenzioni ordinarie e straordinarie; monitoraggio dei consumi energetici e dello stato di avanzamento degli interventi.	Assenza di criticità manutentive rilevanti non gestite; verifiche periodiche sullo stato degli immobili e degli impianti; monitoraggio dei consumi energetici; report periodici alla Direzione; rispetto della programmazione manutentiva	31/12/2026	M7	OVP 1; OVP 3
AMM	Gestione amministrativa dell'affidamento del Servizio di Prevenzione e Protezione mediante	Verifica della convenzione CONSIP attiva in materia di gestione integrata della salute e sicurezza e della relativa capienza/idoneità	Perfezionamento dell'affidamento nei tempi programmati; assenza di soluzione di continuità nel	31/12/2026	M4	OVP 2; OVP 3



Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
	convenzione CONSIP e presidio del subentro tra fornitore uscente e subentrante	rispetto al fabbisogno dell'ente; espletamento della procedura di adesione/ordinativo e acquisizione della documentazione di legge; gestione amministrativa del passaggio dal fornitore uscente al subentrante, assicurando la continuità del servizio e il regolare passaggio di consegne documentali; stipula e gestione amministrativa del contratto; monitoraggio amministrativo dello stato di esecuzione degli adempimenti contrattuali, in raccordo con il datore di lavoro e l'RSPP	passaggio tra fornitori; regolarità e completezza della documentazione amministrativa della procedura			

Servizio Contabile

Resp.	Obiettivi	Piano di azione	Indicatori	Tempi	Raccordo Macro	Raccordo OVP
CONT	Obiettivo di Valore Pubblico — equilibrio economico-finanziario	Presidio degli indicatori pubblici dell'equilibrio economico e concorso al loro raggiungimento	indicatore di tempestività dei pagamenti; ammontare dei crediti recuperati	Continuativo (triennio)	M1	OVP 3
CONT	Bilancio di Previsione 2027	Predisposizione Bilancio previsionale e Budget 2027: stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa, relazione sulla gestione e bilancio sociale. Predisposizione del documento di budget sugli obiettivi e le risorse assegnate per il 2027. Redazione piano degli investimenti per il triennio 2026-2028.	Bilancio	30/11/2026	M1	OVP 3
CONT	Recupero crediti	Predisposizione solleciti di pagamento, nonché predisposizione di incarichi a legali al fine di recuperare crediti verso enti pubblici e privati.	Ammontare crediti in bilancio	30/09/2026	M1	OVP 3
CONT	Bilancio infrannuale	Predisposizione di bilanci periodici trimestrali al fine di valutare in termini economici l'andamento della struttura.	Bilancio periodico di esercizio	Trimestrale	M1	OVP 3
CONT	Sistema Bilancio e Contabilità gestionale	Predisposizione di un sistema informatico di correlazione tra l'applicativo gestionale e la rendicontazione della spesa sociale.	Rendicontazione spesa sociale e controllo gestione	31/12/2026	M8	OVP 3



Riferimenti normativi e conformità — Art. 11, c. 5, Regolamento di contabilità; Regolamento di organizzazione; determinazione n. 193/2026; D.Lgs. 36/2023.

Raccordo tra le linee strategiche e gli Obiettivi di Valore Pubblico

Le linee strategiche che orientano gli obiettivi dei responsabili sono riconducibili agli Obiettivi di Valore Pubblico del triennio secondo lo schema seguente.

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO SERVITI
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	OVP 3 – Equilibrio (sostenibilità economico-finanziaria)
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO	OVP 1 – Buoni Servizi; OVP 3 – Equilibrio
PATRIMONIO ED EFFICIENZA ENERGETICA	OVP 1 – Buoni Servizi; OVP 3 – Equilibrio
INCLUSIONE E AUTONOMIA	OVP 2 – Includere
TUTELA E ACCESSO AI SERVIZI	OVP 2 – Includere
RETE TERRITORIALE E ISTITUZIONALE	OVP 1, OVP 2 e OVP 3
DIGITALIZZAZIONE E DATI	OVP 3 – Equilibrio (salute organizzativa)
CONTINUITÀ ORGANIZZATIVA	OVP 3 – Equilibrio (salute organizzativa)
REPERIMENTO DI RISORSE	OVP 1, OVP 2 e OVP 3
SALUTE E SICUREZZA	OVP 1 – Buoni Servizi; OVP 3 – Equilibrio

Riferimenti normativi e conformità — Linee guida DFP sull'integrazione Valore pubblico–Performance; D.M. 132/2022.

Monitoraggio, valutazione e pubblicazione

Il monitoraggio segue il Regolamento di organizzazione: i Responsabili predispongono report periodici, con verifica periodica dello stato di avanzamento, trasmessi al Direttore e da questi all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV); a chiusura dell'esercizio i Responsabili predispongono la relazione finale sull'attività, motivando gli eventuali scostamenti. L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema e valida la Relazione sulla performance, approvata a consuntivo una volta intervenuta l'approvazione del bilancio d'esercizio.

La presente Sezione, quale parte del PIAO 2026-2028, è pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale e sul Portale PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Riferimenti normativi e conformità — Artt. 22 e 23 Regolamento di organizzazione; art. 10, c. 1, lett. b), D.Lgs. 150/2009; art. 6, c. 4, D.L. 80/2021; D.Lgs. 33/2013.



2.3

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione riguarda l'integrità e la fiducia. Spiega come l'Azienda previene il rischio di corruzione e come garantisce trasparenza verso i cittadini. Dopo aver individuato le attività più esposte — per esempio gli affidamenti e l'esecuzione dei contratti —, descrive le misure di prevenzione, il ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il canale per le segnalazioni di illeciti e gli obblighi di pubblicazione. L'obiettivo è un'organizzazione che lavora in modo corretto, controllabile e aperto.



Sottosezione 2.3 — Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è costituita dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026-2028, che di seguito si riporta integralmente; ne costituisce parte integrante l'Allegato 1 (Mappatura dei processi e valutazione dei rischi).

1. Premessa: natura del documento, quadro normativo, entrata in vigore e aggiornamenti

1.1 Natura e collocazione del documento

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026-2028 di ASP Azalea – Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto di Ponente, e corrisponde alla Sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza” della Sezione 2 “Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, adottato ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, e del D.M. 30 giugno 2022, n. 132.

Ai sensi del D.M. 132/2022 e del relativo schema-tipo, il PIAO è articolato nella seguente struttura obbligatoria: Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione; Sezione 2 – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione (Sottosezioni 2.1 Valore Pubblico, 2.2 Performance, 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza); Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano (Sottosezioni 3.1 Struttura organizzativa, 3.2 Organizzazione del lavoro agile, 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale, 3.4 Piano triennale delle azioni positive); Sezione 4 – Monitoraggio. Il presente documento non costituisce pertanto un allegato del PIAO, ma la sua Sottosezione 2.3, predisposta dal RPCT ai sensi dell'art. 3 del D.M. 132/2022 sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo; i contenuti operativi confluiscono negli allegati tecnici della Sottosezione stessa, secondo la tecnica dell'“allegato unico” raccomandata dall'ANAC.

Il documento è stato predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2025, approvato dall'ANAC con delibera n. 19 del 28 gennaio 2026 (pubblicata nella G.U. n. 41 del 19 febbraio 2026), che definisce la strategia nazionale 2026-2028 per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza e dell'integrità pubblica, nonché con le “Indicazioni per la definizione della Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO” approvate dal Consiglio dell'Autorità nell'adunanza del 23 luglio 2025.

Ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 6 novembre 2012, n. 190, il Piano ha validità triennale ed è aggiornato annualmente entro i termini previsti per l'adozione del PIAO. La presente Sottosezione è approvata dall'Amministratore Unico, unitamente e all'interno del PIAO 2026-2028, con Decisione n. 20 del 07/09/2026, quale parte integrante e sostanziale del PIAO medesimo, previo coinvolgimento interno del gruppo di coordinamento e dei responsabili di servizio; la consultazione esterna degli stakeholder è programmata secondo le modalità indicate al successivo § 14.

1.2 Quadro normativo di riferimento

Il quadro normativo assunto a riferimento per la redazione del presente Piano è il seguente:

legge 6 novembre 2012, n. 190, recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;

D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;

D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico;



D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici), come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, che ha introdotto gli artt. 11-bis (utilizzo delle tecnologie informatiche) e 11-ter (utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media);

D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, con particolare riguardo agli artt. 35-bis, 53 e 54;

D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali (whistleblowing), e relative Linee guida ANAC n. 1/2025 sui canali interni di segnalazione, approvate con delibera n. 478 del 26 novembre 2025 (avviso di pubblicazione in G.U., Serie Generale, n. 300 del 29 dicembre 2025), che integrano le Linee guida sulle segnalazioni esterne di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, come modificata dalla delibera n. 479 del 26 novembre 2025;

D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici), come modificato dal D.Lgs. 31 dicembre 2024, n. 209 (c.d. "correttivo");

deliberazioni ANAC n. 261 e n. 264 del 2023 (quest'ultima come modificata dalla delibera n. 601/2023), in materia di trasparenza dei contratti pubblici ai sensi dell'art. 28 del Codice;

D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore), con particolare riferimento all'art. 55 in materia di co-programmazione e co-progettazione con gli enti del Terzo settore;

Linee guida ANAC n. 1/2024 in materia di divieto di pantouflage (delibera n. 493 del 25 settembre 2024);

D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di misurazione e valutazione della performance;

D.L. 9 giugno 2021, n. 80, conv. in L. 113/2021, art. 6, D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, e D.M. 30 giugno 2022, n. 132, sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

Piano Nazionale Anticorruzione 2025 (delibera ANAC n. 19 del 28 gennaio 2026, pubblicata nella G.U. n. 41 del 19 febbraio 2026) e relativo Allegato n. 1 "Schemi esplicativi per una corretta applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 39/2013";

Allegato 1 al PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019), che costituisce il riferimento metodologico vigente per la gestione del rischio corruttivo;

PNA 2022 (delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023) e Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025 per la definizione della Sottosezione 2.3 del PIAO;

L.R. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2 e L.R. 26 luglio 2013, n. 12, in materia di Aziende pubbliche di Servizi alla Persona, nonché lo Statuto aziendale e i regolamenti interni vigenti (Regolamento di organizzazione, Regolamento di contabilità, Regolamento per la disciplina degli incarichi extra-istituzionali, Regolamento di acquisizione di beni e servizi, Regolamento per l'esecuzione di lavori in economia);

CCNL Comparto Funzioni Locali, triennio 2022–2024, sottoscritto definitivamente il 23 febbraio 2026 e, per l'eventuale personale cui si applichi, CCNL Area Funzioni Locali 2022–2024 sottoscritto nella stessa data. La contrattazione collettiva non modifica la disciplina anticorruzione, ma incide sui processi organizzativi esposti a rischio – reclutamento, progressioni, incarichi di Elevata Qualificazione, mobilità, turni, lavoro straordinario, lavoro agile e da remoto, relazioni sindacali e formazione – che il presente Piano sottopone a criteri predeterminati, motivazione, tracciabilità e controllo.



1.3 Le principali novità recepite nel ciclo 2026-2028

Rispetto al precedente ciclo di programmazione, il presente Piano recepisce in particolare:

il PNA 2025, che conferma l'impianto metodologico dell'Allegato 1 al PNA 2019 e dedica la Parte speciale ai contratti pubblici, con specifica attenzione alla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti (utilizzo corretto delle Piattaforme di Approvvigionamento Digitale certificate – PAD – e del Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico – FVOE), al conflitto di interessi nelle procedure di gara, alla fase esecutiva, al subappalto e agli affidamenti su delega;

gli schemi esplicativi del D.Lgs. 39/2013 (All. n. 1 al PNA 2025), assunti quale strumento operativo per l'informativa da rendere ai soggetti cui l'Azienda conferisce incarichi e per la corretta acquisizione e verifica delle dichiarazioni ex art. 20 del medesimo decreto;

il D.Lgs. 36/2023 e il correttivo D.Lgs. 209/2024, che hanno imposto la revisione integrale dei riferimenti normativi dell'area di rischio "contratti pubblici" nella mappatura (Allegato 1), con l'inserimento di nuovi processi ed eventi rischiosi connessi alla digitalizzazione;

il passaggio definitivo alla metodologia qualitativa di valutazione del rischio prevista dall'Allegato 1 al PNA 2019, in luogo della precedente metodologia quantitativa (impatto × probabilità) mutuata dall'Allegato 5 al PNA 2013;

le Linee guida ANAC n. 1/2025 sul whistleblowing (delibera n. 478 del 26 novembre 2025), che aggiornano i requisiti dei canali interni di segnalazione, e le Linee guida ANAC n. 1/2024 sul pantouflage (delibera n. 493 del 25 settembre 2024), recepite rispettivamente ai §§ 9.9 e 9.6;

la sottoscrizione, in data 23 febbraio 2026, del CCNL Funzioni Locali 2022–2024 (Comparto e Area), che incide sui processi di gestione del personale mappati nell'area di rischio A (selezioni, stabilizzazioni, progressioni, incarichi di EQ, mobilità, turni, straordinari, lavoro agile e da remoto);

il presidio dell'uso responsabile dei dati, delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale, in coerenza con gli indirizzi del PNA 2025 (cfr. § 9.13 e area di rischio G).

Il Piano è stato redatto secondo le regole redazionali indicate dall'ANAC: chiarezza e sinteticità dei contenuti, assenza di duplicazioni rispetto alle altre Sezioni del PIAO (cui si opera rinvio ove possibile), organizzazione logico-sistematica del documento e confluenza dei contenuti operativi in allegati dedicati, facilmente fruibili, che nel loro insieme costituiscono l'"allegato unico" raccomandato dall'Autorità (mappatura dei rischi; programmazione delle misure generali e del relativo monitoraggio).



2. Anagrafica dell'Azienda e riferimenti del RPCT

Per l'anagrafica completa dell'Azienda si rinvia alla Sezione 1 "Scheda anagrafica" del PIAO 2026-2028. Si riportano di seguito, come richiesto dalle Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025, i dati identificativi essenziali e i riferimenti del RPCT.

Elemento	Dato
Denominazione	ASP Azalea – Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto di Ponente
Sede legale	Corso Matteotti 124, 29015 Castel San Giovanni (PC)
Partita IVA / Codice fiscale	01538050335 / 91094630331
PEC / e-mail	aspazalea@pec.it / info@aspazalea.it
Natura giuridica	Azienda pubblica di servizi alla persona ai sensi della L.R. Emilia-Romagna 2/2003 e della L.R. 12/2013; ente pubblico non economico di livello locale
Organo di indirizzo	Assemblea dei Soci; Amministratore Unico: Dott. Paolo Bianchi
Organo di revisione	Revisore Unico dei Conti: Dott. Andrea Fantini
Organismo di valutazione	OIV / Organismo di valutazione Dott. Alfio Sapienza
RPCT	Dott. Diego Adorni Direttore dal 1° aprile 2026, RPCT PEC: aspazalea@pec.it

Il RPCT è individuato nella figura apicale del Direttore, in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda, privo di posizioni dirigenziali intermedie. L'atto di individuazione nominativa del RPCT e la matrice delle responsabilità sono formalizzati e pubblicati entro il 30/09/2026 e aggiornati entro trenta giorni da ogni variazione. Al RPCT sono garantiti i poteri e le prerogative previsti dalla L. 190/2012 e dalla delibera ANAC n. 840/2018, ivi compresi i poteri di interlocuzione con tutti i responsabili di servizio, di richiesta di dati e informazioni, di verifica e controllo. Il RPCT è altresì gestore del canale interno di segnalazione whistleblowing (§ 9.9) e responsabile dell'accesso civico semplice ex art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013.

3. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. 190/2012 gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono individuati dall'organo di indirizzo e costituiscono contenuto necessario del Piano. In coerenza con gli obiettivi esemplificativi indicati dal PNA 2025 e con la strategia nazionale 2026-2028, l'Amministratore Unico ha individuato per il triennio i seguenti obiettivi strategici, corredati – come richiesto dalle Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025 – da indicatori e target misurabili. La colonna "Raccordo con i macro-obiettivi" indica, per ciascun obiettivo strategico, i macro-obiettivi della Sottosezione 2.2 alla cui realizzazione esso concorre. Il raccordo è di coerenza e non comporta l'assegnazione di ulteriori obiettivi né di indicatori aggiuntivi ai responsabili di servizio: la misurazione resta affidata agli indicatori e ai target riportati nella presente tabella e alla programmazione del § 15. Il grado di attuazione delle misure di prevenzione concorre alla valutazione della performance organizzativa e individuale secondo il sistema aziendale, senza duplicazione di rilevazioni.

Obiettivo strategico	Descrizione	Indicatori e target	Raccordo con i macro-obiettivi (Sottosez. 2.2)
OS1 – Piena attuazione della disciplina whistleblowing	Messa a regime del canale interno di segnalazione ex	Canale attivo e pubblicizzato; 100% segnalazioni con avviso di	M8 Digitalizzazione e flussi informativi; M10



	D.Lgs. 24/2023, informativa al personale, riscontro tempestivo delle segnalazioni	ricevimento entro 7 gg. e riscontro entro 3 mesi	Semplificazione dei processi e sviluppo delle competenze
OS2 – Presidio dell'integrità nei contratti pubblici	Adeguamento delle procedure al D.Lgs. 36/2023 e al correttivo; corretto utilizzo di PAD e FVOE; verifica dei conflitti di interessi di RUP e commissari	100% delle procedure gestite tramite PAD certificata; 100% dichiarazioni di assenza di conflitto acquisite agli atti	M4 Servizi esternalizzati, contratti e affidamenti; M7 Manutenzione e patrimonio; M1 Equilibrio economico-finanziario
OS3 – Trasparenza e accessibilità	Incremento dei livelli di completezza, aggiornamento e apertura dei dati in "Amministrazione Trasparente"; miglioramento dei flussi informativi interni	Attestazione OIV senza rilievi; aggiornamento degli obblighi nei termini di legge $\geq 95\%$	M8 Digitalizzazione, flussi informativi e rendicontazione; M9 Sviluppo dei servizi e raccordo con il territorio
OS4 – Formazione e cultura dell'integrità	Piano formativo triennale su anticorruzione, codice di comportamento, whistleblowing, conflitto di interessi e contratti pubblici	copertura annua 100% del personale delle strutture interessate dai processi valutati Medio-Alto; $\geq 80\%$ del restante personale	M10 Semplificazione dei processi e sviluppo delle competenze; Sottosez. 3.3 – programmazione della formazione
OS5 – Aggiornamento continuo della gestione del rischio	Completamento della transizione alla metodologia qualitativa (All. 1 PNA 2019) e revisione annuale della mappatura, con integrazione nella mappatura unica dei processi	Mappatura riesaminata annualmente; 100% dei processi delle aree obbligatorie valutati con metodologia qualitativa entro il 2026	M10 Semplificazione dei processi; M1 Controllo di gestione
OS6 – Regolarizzazione e presidio incarichi (D.Lgs. 39/2013 e 33/2013)	Acquisizione, verifica e pubblicazione sistematica delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità e dei dati ex art. 14 D.Lgs. 33/2013 relativi ai titolari di incarichi	100% dichiarazioni acquisite all'atto del conferimento e verificate; pubblicazioni complete entro i termini	M4 Affidamenti e incarichi; M10 Sviluppo delle competenze

Gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi operativi e misure nella programmazione triennale di cui al § 15 (programmazione delle misure generali e del relativo monitoraggio), e concorrono alla valutazione della performance organizzativa e individuale secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale.

4. Prevenzione della corruzione, Valore Pubblico e coordinamento con le altre Sezioni del PIAO

In coerenza con il PNA 2025 e con le Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025, la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono assunte dall'Azienda non come mero adempimento, ma come leva di creazione del Valore Pubblico, inteso quale miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale e ambientale della comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder. Per un'azienda di servizi alla persona che assiste quotidianamente cittadini in condizione di fragilità e non autosufficienza, l'integrità dell'azione amministrativa è essa stessa componente della qualità del servizio: garantisce parità di accesso alle prestazioni, corretta gestione delle risorse pubbliche e delle rette, imparzialità nella selezione del personale e dei fornitori.



La prevenzione della corruzione è al contempo strumento di protezione degli obiettivi di Valore Pubblico, riducendo il rischio di una loro erosione a causa di fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione. A tal fine:

gli obiettivi anticorruzione e trasparenza di cui al § 3 sono raccordati con gli obiettivi di performance della Sezione 2.2 del PIAO e con gli obiettivi individuali assegnati ai titolari di incarichi di Elevata Qualificazione;

la mappatura dei processi a rischio corruttivo (Allegato 1) è costruita in raccordo con la mappatura dei processi aziendali, evitando duplicazioni;

per l'analisi del contesto esterno e interno si opera rinvio, rispettivamente, alla Sottosezione 2.1 "Valore Pubblico" e alla Sezione 3 "Organizzazione e capitale umano" del PIAO (in particolare alla Sottosezione 3.1 "Struttura organizzativa"), integrandole in questa sede con gli elementi rilevanti ai fini della strategia di prevenzione (§§ 5 e 6);

il monitoraggio della presente Sottosezione confluisce nel monitoraggio integrato del PIAO (§ 13), condiviso tra il RPCT e i responsabili delle altre Sezioni/Sottosezioni;

il livello di osservanza del Codice di comportamento e l'attuazione delle misure di prevenzione costituiscono indicatori ai fini della misurazione e valutazione della performance individuale.

Il coordinamento tra il RPCT e i responsabili delle altre Sezioni/Sottosezioni del PIAO è assicurato attraverso un gruppo di lavoro integrato, coordinato dal Direttore, cui partecipano i responsabili di servizio titolari di incarichi di Elevata Qualificazione e i referenti del Servizio amministrativo e del Servizio contabile. Il gruppo condivide le valutazioni in fase di predisposizione del Piano e gli esiti del monitoraggio, contribuendo a superare la "solitudine" del RPCT più volte segnalata dall'ANAC.

5. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno definisce le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, che potrebbero favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione (All. 1 al PNA 2019). Per il quadro socio-economico generale del territorio si rinvia all'analisi svolta nella Sottosezione 2.1 "Valore Pubblico" del PIAO; in questa sede sono valorizzati gli elementi rilevanti ai fini della programmazione della strategia di prevenzione.

5.1 Il territorio e l'utenza di riferimento

ASP Azalea si è costituita il 1° gennaio 2009 dalla fusione di due storiche IPAB (la "Casa Protetta Albiesani" di Castel San Giovanni e l'"Istituto Enrico Andreoli" di Borgonovo Val Tidone). Opera prioritariamente per i cittadini anziani, disabili e in condizione di fragilità del Distretto di Ponente della provincia di Piacenza, aprendosi all'intero territorio provinciale con la struttura Hospice e con l'accoglienza di disabili psichiatrici, e ad utenza extraregionale sui posti c.d. "ex OP". L'Assemblea dei soci è composta da 21 Comuni; la popolazione complessiva del Distretto di Ponente è pari a 77.976 abitanti (dati ISTAT).

L'Azienda si interfaccia con le reti territoriali di riferimento: la rete Anziani governata dal SAA di Ponente (CRA, SAD, Centro Diurno); la rete Gravissime Disabilità Acquisite (GRA.D.A.); la rete delle Cure Palliative per l'Hospice; la rete sociale governata dal Distretto di Ponente e dall'Ufficio di Piano. I rapporti con AUSL, Distretto e Comuni committenti si svolgono attraverso contratti di servizio e accordi che disciplinano accessi, verifiche dei processi di cura, debito informativo e rimborsi.

5.2 Elementi di rischio rilevanti ai fini della prevenzione

Dal punto di vista dell'esposizione al rischio corruttivo, il contesto esterno presenta i seguenti elementi di attenzione:



rilevanza economica degli approvvigionamenti: l'Azienda acquisisce sul mercato servizi socio-sanitari, socio-assistenziali e alberghieri di importo significativo (anche mediante appalti pluriennali di gestione), lavori di manutenzione e riqualificazione del patrimonio, forniture sanitarie ed economiche. Il settore dei servizi alla persona è caratterizzato a livello nazionale da un mercato relativamente concentrato, con rischio di condizionamento della domanda e di dipendenza dal fornitore uscente;

flussi finanziari con l'utenza: la riscossione delle rette e delle compartecipazioni, i piani di rateizzazione delle morosità e il recupero crediti costituiscono processi sensibili, per la pluralità dei soggetti debitori e per la condizione di fragilità dell'utenza;

pressioni sull'accesso ai servizi: la scarsità relativa dei posti disponibili (residenziali e semiresidenziali) rispetto alla domanda potenziale può generare pressioni improprie sulle procedure di accesso, in particolare sui posti non convenzionati a gestione diretta dell'Azienda;

contesto criminologico: il territorio piacentino non presenta indici di criminalità organizzata paragonabili ad altre aree, ma le relazioni istituzionali (DIA, Relazione della Corte dei conti, rapporti prefettizi) segnalano da tempo fenomeni di infiltrazione economica nel Nord Italia, in particolare nei settori dell'edilizia, della logistica e dei servizi, che impongono presidi rafforzati nella qualificazione degli operatori economici e nella fase esecutiva dei contratti;

attuazione del PNRR e flussi di finanziamento pubblico: l'eventuale partecipazione dell'Azienda a linee di finanziamento pubbliche (regionali, nazionali o PNRR) richiede il presidio dei rischi connessi alla rendicontazione e all'utilizzo dei fondi, secondo le indicazioni del PNA;

quadro normativo in rapida evoluzione: la successione ravvicinata di riforme (Codice dei contratti e correttivo, whistleblowing, codice di comportamento, CCNL Funzioni Locali 16/11/2022 e 23/02/2026) accresce il rischio di errori procedurali e impone un investimento costante in formazione e aggiornamento della regolamentazione interna.

Nel periodo di riferimento non risultano a carico dell'Azienda procedimenti penali per reati contro la pubblica amministrazione, sentenze della Corte dei conti, né articoli di stampa relativi a episodi corruttivi.

6. Analisi del contesto interno

Per la rappresentazione di dettaglio della struttura organizzativa, dell'organigramma e delle risorse umane si rinvia alla Sezione 3 "Organizzazione e capitale umano" del PIAO 2026-2028, in particolare alla Sottosezione 3.1 "Struttura organizzativa". Il vigente assetto organizzativo è stato adottato con decisione dell'Amministratore Unico n. 03 del 27/01/2025 e si articola, sotto la direzione del Direttore, nel Settore Servizi alla Persona (Area Anziani: CRA Albesani e Centro Diurno – attualmente non operativo e in fase di ripristino –, servizi a supporto della domiciliarità; Area Disabili: CSRR Camelot, CSRD "Il Chiostro", Comunità Alloggio "Il Giardino", Gruppo Appartamento "La Cirenaica", S.E.T.; Area Cure Palliative: Hospice di Borgonovo Val Tidone; Servizi Sociali Territoriali: servizio sociale professionale e centri educativi per minori) e nei servizi trasversali (Servizio amministrativo, Servizio contabile, Servizio di Prevenzione e Protezione, servizi generali e tecnici).

Il personale in servizio al 31 dicembre 2025:

Area di servizio	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area assistenza	142	6	8
Area amministrativa	7	0	1



Area tecnica	6	0	2
Totale	155	6	11

Personale in servizio per area professionale al 31 dicembre 2025

Area professionale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area dei Funzionari e E.Q.	38	5	0
Area degli Istruttori	21	0	2
Area degli Operatori Esperti	94	1	9
Area degli Operatori	2	0	0
Totale (161 dipendenti + 11 somministrati = 172)	155	6	11

Personale in servizio per area professionale al 30 giugno 2026

Area professionale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area dei Funzionari e E.Q.	53	5	0
Area degli Istruttori	16	0	2
Area degli Operatori Esperti	86	1	9
Area degli Operatori	2	0	0
Totale (163 dipendenti + 11 somministrati = 174)	157	6	11

* Il dato comprende anche il Direttore in servizio fino al 30 giugno 2026 e collocato in quiescenza dal 1° luglio 2026, distinto dal Direttore in carica dal 1° aprile 2026. Riferimenti normativi — art. 6, comma 2, del D.Lgs. 165/2001; comunicazione al Sistema conoscitivo del personale (SICO) e pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

L'Azienda è priva di personale dirigenziale; le funzioni gestionali sono esercitate dal Direttore e da cinque titolari di incarichi di Elevata Qualificazione (EQ) preposti ai servizi, formalmente incaricati con determinazione n. 193/2026 per il periodo 1° giugno – 31 dicembre 2026, con la responsabilità del Servizio contabile assunta ad interim. Le tabelle degli obiettivi della Sottosezione 2.2 sono otto perché riferite alla Direzione e ai singoli servizi in cui si articola l'attività, e non ai titolari di incarico: per le strutture il cui responsabile non è titolare di incarico di EQ gli obiettivi costituiscono obiettivi organizzativi presidiati direttamente dalla Direzione, secondo quanto precisato nella medesima Sottosezione.

6.1 Elementi organizzativi rilevanti ai fini del rischio

decentramento gestionale: dal 2016 l'attività gestionale è stata progressivamente decentrata e delegata ai responsabili dei servizi, superando la precedente concentrazione sulla figura del Direttore. Ciò riduce il rischio di accentrimento decisionale, ma richiede il coinvolgimento sistematico dei responsabili nell'attuazione delle misure di prevenzione e nei flussi informativi verso il RPCT;

coincidenza di ruoli in capo al Direttore: il Direttore cumula le funzioni di RPCT, responsabile della gestione complessiva e, per talune procedure, di soggetto competente all'adozione degli atti. Tale coincidenza, fisiologica negli enti di ridotte dimensioni e ammessa dall'ANAC, è presidiata mediante: tracciabilità integrale dei processi decisionali; ruolo istruttorio dei responsabili di servizio; controlli del Revisore Unico; obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, con individuazione del sostituto da parte dell'Amministratore Unico;

professionalità infungibili: la prevalenza di profili sanitari, socio-assistenziali ed educativi limita la praticabilità della rotazione ordinaria, imponendo il ricorso a misure alternative (segregazione delle funzioni, condivisione delle attività istruttorie, doppia firma – cfr. § 9.7);



vacanza della posizione di Responsabile contabile: la copertura della posizione apicale dell'area economico-finanziaria, attualmente assegnata alla responsabile dell'Area Amministrativa ad interim, costituisce un fattore di attenzione per il presidio dei processi contabili e di riscossione, ed è oggetto di specifiche misure organizzative transitorie (supervisione diretta del Direttore, verifiche del Revisore);

esternalizzazioni: una quota dei servizi è erogata tramite appalto a soggetti esterni; ciò sposta una parte significativa del rischio sulla fase di esecuzione e controllo dei contratti (verifiche di conformità, applicazione delle penali, controllo del subappalto e della manodopera), cui il PNA 2025 dedica specifica attenzione.

6.2 Il sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni di ASP Azalea, alla luce dell'ordinamento delle Aziende pubbliche di servizi alla persona dell'Emilia-Romagna e del Regolamento di contabilità aziendale, si articola in: controllo di regolarità amministrativa, esercitato in via preventiva dal responsabile che adotta l'atto e in via successiva mediante verifiche a campione del Direttore; controllo di regolarità contabile, assicurato dal servizio contabile e presidiato dal Revisore Unico dei Conti; controllo di gestione, attraverso il monitoraggio periodico dell'andamento economico dei singoli servizi e degli scostamenti rispetto al budget; controllo sulla performance, esercitato dall'Organismo di valutazione secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Ai fini della prevenzione della corruzione, tali controlli costituiscono presidi già esistenti di cui la valutazione del rischio tiene conto: l'esistenza di un controllo effettivo e documentato riduce il livello di esposizione del processo, mentre la sua assenza o formalità costituisce fattore abilitante. Il RPCT acquisisce sistematicamente gli esiti dei controlli di regolarità e le relazioni del Revisore, utilizzandoli come fonte informativa per il riesame annuale della mappatura. Costituisce obiettivo del triennio il rafforzamento dell'integrazione tra i diversi sistemi di controllo interno e il monitoraggio della strategia di prevenzione, secondo le indicazioni del PNA.

6.3 Esiti dei cicli precedenti

L'analisi delle relazioni annuali del RPCT relative ai cicli 2022-2024, 2023-2025, 2024-2026 e 2025-2027 evidenzia: l'assenza di eventi corruttivi accertati e di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva; l'assenza di segnalazioni whistleblowing pervenute; un tasso di attuazione delle misure programmate complessivamente soddisfacente, con criticità ricorrenti relative alla tempestività di alcuni obblighi di pubblicazione e alla sistematicità dei flussi informativi verso il RPCT; la necessità di superare l'impostazione quantitativa della valutazione del rischio; la necessità di aggiornare la regolamentazione interna al mutato quadro normativo (Codice dei contratti, whistleblowing, codice di comportamento).

Il presente Piano assume tali elementi come priorità di intervento, traducendole negli obiettivi strategici del § 3 e nella programmazione del § 15. In particolare, l'assenza di segnalazioni non è assunta come indicatore di assenza di rischio, ma come possibile indicatore di scarsa conoscenza o di limitata fiducia nello strumento: da qui la centralità delle azioni di informazione e formazione sul canale whistleblowing programmate per il 2026.

6.4 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi a rischio corruttivo, parte fondamentale dell'analisi del contesto interno, è contenuta nell'Allegato 1 al presente Piano ("Mappatura dei processi, dei rischi specifici e delle misure di prevenzione – 2026", che censisce 28 processi articolati in 31 righe di dettaglio e reca la legenda delle 14 misure A-P) ed è costruita in raccordo con la mappatura unica dei processi aziendali. Ne sono conservati integralmente codici, rischi, uffici esposti e misure, con aggiornamento della sola terminologia e senza eliminazione di contenuti non espressamente superati. Essa censisce i processi riconducibili alle aree di rischio generali individuate dal legislatore e dai PNA, nonché alle ulteriori aree



specifiche dell'Azienda (gestione del patrimonio), fermo restando che le aree di nuova introduzione F (gestione economico-finanziaria) e G (gestione dei dati, delle tecnologie e dell'intelligenza artificiale) saranno integrate nella mappatura entro il 31/12/2026 secondo la programmazione di cui al § 15, indicando per ciascun processo gli eventi rischiosi, gli indicatori di stima del livello di rischio, il livello di esposizione con la relativa motivazione e le misure di trattamento con i relativi responsabili, tempistiche e indicatori di monitoraggio.

7. Il processo di gestione del rischio corruttivo: metodologia

Per la metodologia di gestione del rischio corruttivo il riferimento è l'Allegato 1 al PNA 2019, confermato dal PNA 2022 e dal PNA 2025. Il processo si articola nelle seguenti fasi, precedute dall'analisi del contesto (§§ 5 e 6) e accompagnate in modo trasversale dalla consultazione e comunicazione con gli stakeholder (§ 14).

7.1 Identificazione del rischio

Per ciascun processo mappato sono stati identificati gli eventi rischiosi, ossia i comportamenti o i fatti attraverso i quali si potrebbe concretizzare un fenomeno corruttivo, inteso in senso ampio come "maladministration": assunzione di decisioni devianti dalla cura imparziale dell'interesse pubblico, anche non penalmente rilevanti. L'identificazione ha utilizzato: l'esperienza dei responsabili di servizio; le risultanze dei controlli interni e dei precedenti cicli di monitoraggio; i cataloghi di eventi rischiosi dei PNA (incluse le esemplificazioni della Parte speciale contratti pubblici del PNA 2025); l'analisi delle segnalazioni pervenute.

7.2 Analisi del rischio: i fattori abilitanti

Per ogni evento rischioso sono stati individuati i fattori abilitanti (Box 9, All. 1 PNA 2019), ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi dell'evento e sui quali le misure devono incidere: mancanza di controlli o loro inadeguatezza; mancanza di trasparenza; eccessiva regolamentazione, complessità o scarsa chiarezza della normativa; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze; inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancata attuazione del principio di distinzione tra indirizzo e gestione; discrezionalità non adeguatamente perimetrata da criteri predeterminati.

7.3 Misurazione e ponderazione del rischio

A partire dal ciclo 2026-2028 l'Azienda completa il passaggio alla metodologia di tipo qualitativo prevista dall'Allegato 1 al PNA 2019. L'esposizione al rischio di ciascun processo è espressa mediante un giudizio sintetico su tre livelli – Basso, Medio, Alto (con eventuali gradazioni intermedie Medio-Basso e Medio-Alto) – formulato sulla base dei seguenti indicatori di rischio (key risk indicators, Box 10 All. 1 PNA 2019):

livello di interesse esterno: presenza di interessi economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo;

grado di discrezionalità del decisore interno: presenza o assenza di criteri predeterminati e di vincoli normativi o regolamentari;

manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo esaminato, nell'Azienda o in amministrazioni analoghe;

opacità del processo decisionale: tracciabilità, pubblicità e motivazione degli atti;

livello di collaborazione del responsabile del processo nell'attività di gestione del rischio;

grado di attuazione ed efficacia delle misure di trattamento già in essere.

Il giudizio sintetico è sempre accompagnato da una motivazione, riportata nell'Allegato 1, che dà conto degli elementi considerati. In applicazione del principio di prudenza, in caso di dubbio tra due livelli è stato attribuito il livello superiore.



La ponderazione ha stabilito le priorità di trattamento e il presidio minimo associato a ciascun livello: rischio Alto – misure rafforzate, verifica di secondo livello del RPCT e campione di controllo più ampio; rischio Medio – campionamento e riesame; rischio Basso – autocontrollo e riesame in caso di cambiamenti organizzativi o normativi. Il monitoraggio è svolto con cadenza annuale per tutti i livelli, secondo la programmazione dell'Allegato 1, graduando in funzione del livello di esposizione l'ampiezza del campione e la profondità della verifica anziché la sua frequenza.

7.4 Trattamento del rischio

Per ciascun rischio sono state individuate le misure più idonee alla prevenzione/mitigazione, distinte in misure generali (che incidono sul sistema complessivo di prevenzione: § 9) e misure specifiche (che incidono su singoli processi o eventi rischiosi: Allegato 1). Le misure sono state progettate secondo i requisiti indicati dall'ANAC: neutralizzazione dei fattori abilitanti, sostenibilità economica e organizzativa, adattamento alle caratteristiche dell'Azienda, e sono corredate da responsabile, tempistica di attuazione e indicatore di monitoraggio.

7.5 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio riguarda sia l'attuazione sia l'adeguatezza delle misure (generali e specifiche) ed è programmato secondo le modalità del § 13, con indicazione, per ciascuna misura, del responsabile del monitoraggio, della periodicità e delle modalità di verifica. Dagli esiti del monitoraggio possono emergere criticità che rendono necessaria una migliore programmazione dell'annualità successiva o la revisione della strategia di prevenzione (riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema).

8. Aree di rischio e risultanze della mappatura

Il Piano individua le seguenti aree di rischio. Le aree da A ad E sono già censite nella mappatura di cui all'Allegato 1, che le articola in 28 processi con la relativa valutazione del rischio; le aree F e G, di nuova introduzione in questo ciclo, sono individuate e disciplinate ai §§ 8.6 e 8.7 quanto a eventi rischiosi e misure di prevenzione, mentre la formalizzazione delle relative schede nell'Allegato 1 è programmata secondo il § 15.

A – Acquisizione e gestione del personale (area generale): reclutamento; progressioni di carriera, comprese le progressioni tra le aree ex art. 13 e all'interno delle aree ex art. 14 del CCNL Funzioni Locali 16/11/2022; mobilità interna ed esterna e comandi; conferimento di incarichi di collaborazione e di incarichi di Elevata Qualificazione; autorizzazione di incarichi extra-istituzionali; gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro;

B – Contratti pubblici (area generale, riorganizzata per fasi secondo il D.Lgs. 36/2023 e la Parte speciale del PNA 2025): programmazione; progettazione e definizione dell'oggetto; scelta della procedura di affidamento; selezione del contraente e verifica dei requisiti; stipula; esecuzione (direzione dell'esecuzione, varianti, subappalto, verifiche di conformità e collaudo); rendicontazione; utilizzo delle piattaforme digitali (PAD e FVOE);

C – Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato (area generale): accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali non convenzionati; assegnazione e collocazione degli utenti nelle strutture; concessione di permessi e aspettative; gestione dei dati; trattamenti di miglior favore non previsti dal PAI; dichiarazioni testimoniali nei casi di infortunio;

D – Provvedimenti ampliativi con effetto economico diretto e immediato (area generale): piani di rateizzazione delle morosità e recupero crediti; incarichi di docenza e formazione; concessione di benefici e autorizzazione al lavoro straordinario; assegnazione a turni e progetti; trasformazione del rapporto di lavoro;

E – Gestione del patrimonio (area specifica): fitti, locazioni, concessioni in uso e comodati del patrimonio immobiliare; gestione dei beni patrimoniali e di consumo; alienazioni;



F – Gestione economico-finanziaria (area specifica, introdotta nel presente ciclo): fatturazione e riscossione delle rette e delle compartecipazioni; gestione della cassa economale e del maneggio valori; pagamenti; rapporti con il tesoriere; accettazione, destinazione, registrazione e tracciabilità di donazioni, liberalità e sponsorizzazioni.

G – Gestione dei dati, delle tecnologie e dell'intelligenza artificiale (area specifica, introdotta nel presente ciclo): trattamento di dati sanitari e sociali; accessi ai sistemi; comunicazioni e pubblicazioni; sicurezza informatica; conservazione e log; utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale.

L'estensione della mappatura alle aree F e G è programmata entro il 31/12/2026 secondo il cronoprogramma del § 15, in applicazione del principio di gradualità enunciato dall'Allegato 1 al PNA 2019. Si tratta di aree specifiche, individuate dall'Azienda in ragione del proprio contesto e non comprese fra le aree generali la cui mappatura è richiesta a tutte le amministrazioni: la loro introduzione amplia il perimetro di analisi rispetto ai cicli precedenti. Nelle more della formalizzazione delle schede i processi delle due aree non restano privi di presidio: gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione sono già individuati ai §§ 8.6 e 8.7 e trovano applicazione immediata; l'aggiornamento dell'Allegato 1 aggiungerà la valutazione analitica del livello di esposizione e la programmazione del monitoraggio con responsabili, tempi e indicatori.

In sintesi, all'esito della valutazione riportata nell'Allegato 1, i processi con esposizione Medio-Alta sono risultati sei: conferimento di incarichi di collaborazione; definizione dei requisiti di aggiudicazione; procedure negoziate; affidamenti diretti; dichiarazioni testimoniali nei casi di infortunio; piani di rateizzazione delle morosità e recupero crediti. Nessun processo è risultato collocato nel livello Alto. Per i processi Medio-Alti l'Allegato 1 programma misure specifiche rafforzate e monitoraggio annuale con campione di verifica ampliato.

8.1 Area A – Acquisizione e gestione del personale

L'area comprende l'intero ciclo di vita del rapporto di lavoro. I principali eventi rischiosi individuati sono: previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" o non pertinenti al profilo; irregolarità nella nomina e nel funzionamento delle commissioni; disomogeneità nella valutazione delle prove; inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza (mancata pubblicazione dell'avviso, termini ridotti, comunicazioni informali ai candidati); progressioni economiche o tra le aree attribuite senza criteri predeterminati o senza adeguata istruttoria; motivazione generica o assente nel conferimento degli incarichi di Elevata Qualificazione; autorizzazione di incarichi extra-istituzionali in assenza di verifica del conflitto di interessi; alterazione dei sistemi di rilevazione delle presenze; riconoscimento indebito di prestazioni straordinarie o di trattamenti accessori.

I fattori abilitanti prevalenti sono la ridotta numerosità del personale amministrativo dedicato, la discrezionalità tecnica nella definizione dei profili e la difficoltà di rotazione. Le misure di trattamento programmate comprendono: standardizzazione degli avvisi e dei criteri di valutazione, predeterminati e verbalizzati prima dell'apertura delle buste; dichiarazioni ex art. 35-bis D.Lgs. 165/2001 e di assenza di conflitto di interessi da parte di tutti i commissari; rotazione, ove possibile, dei componenti; pubblicazione integrale degli atti della procedura (art. 19 D.Lgs. 33/2013); tracciabilità delle istruttorie sulle progressioni con schede di valutazione motivate; verifica preventiva e registro degli incarichi extra-istituzionali autorizzati; controlli a campione sulle presenze e sulle autorizzazioni allo straordinario.

8.2 Area B – Contratti pubblici

È l'area di maggiore rilevanza economica e, secondo il PNA 2025, quella più esposta. Gli eventi rischiosi sono articolati per fase: in programmazione, definizione di fabbisogni non corrispondenti a effettive necessità o costruiti su misura di un operatore; in progettazione, specifiche tecniche o requisiti di partecipazione restrittivi, frazionamento artificioso, ricorso ingiustificato a procedure meno concorrenziali, stima incongrua del valore; in selezione, alterazione della verifica



dei requisiti, mancato utilizzo del FVOE, gestione non tracciata delle sedute, criteri di valutazione discrezionali privi di sub-criteri; in esecuzione, mancata o inadeguata verifica delle prestazioni, varianti non giustificate, proroghe e rinnovi impropri, subappalto non autorizzato o non verificato, mancata applicazione delle penali, ritardi nei pagamenti utilizzati come leva; in tutte le fasi, conflitti di interessi non dichiarati e utilizzo improprio o elusivo delle piattaforme digitali.

I fattori abilitanti sono la concentrazione delle competenze tecniche su poche unità, la complessità e la novità del quadro normativo, la relativa concentrazione del mercato dei servizi socio-assistenziali e la scarsa standardizzazione della documentazione di gara. Le misure sono descritte al § 10 e programmate analiticamente nell'Allegato 1.

8.3 Area C – Provvedimenti ampliativi privi di effetto economico diretto

L'area include l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali, con particolare riguardo ai posti non convenzionati la cui assegnazione è rimessa direttamente all'Azienda, e la collocazione degli utenti all'interno delle strutture. Eventi rischiosi: alterazione dell'ordine cronologico o dei criteri della lista d'attesa; ammissioni in deroga non motivate; assegnazione di camere o posti di maggior pregio in cambio di utilità; trattamenti di miglior favore non previsti dal Piano Assistenziale Individualizzato; uso improprio delle informazioni sugli utenti; rilascio di attestazioni o dichiarazioni non veritiere. Misure: tenuta di una lista d'attesa con criteri predeterminati e pubblicati nella Carta dei Servizi; registrazione informatica e tracciabile di ogni movimento con motivazione delle deroghe; validazione collegiale (équipe) delle scelte assistenziali; separazione tra chi riceve la domanda e chi decide l'ammissione; verifica periodica del RPCT sulla coerenza tra lista d'attesa e ingressi effettivi.

8.4 Area D – Provvedimenti ampliativi con effetto economico diretto

Rientrano in quest'area i piani di rateizzazione delle morosità, le riduzioni o esenzioni di retta, il conferimento di incarichi di docenza e formazione, l'attribuzione di benefici al personale. Eventi rischiosi: concessione di dilazioni o abbattimenti in assenza di criteri e di adeguata istruttoria sulla situazione economica; disparità di trattamento tra situazioni analoghe; inerzia selettiva nel recupero crediti; affidamento di incarichi retribuiti a soggetti in posizione di prossimità. Misure: adozione di criteri generali per la rateizzazione (importi, numero massimo di rate, garanzie, decadenza), approvati dall'organo di indirizzo; motivazione analitica di ogni provvedimento in deroga; report semestrale al Direttore e al Revisore sullo stato delle morosità e delle azioni di recupero; procedura comparativa per gli incarichi di docenza e pubblicazione ex art. 15 D.Lgs. 33/2013.

8.5 Area E – Gestione del patrimonio

L'area riguarda la gestione del patrimonio immobiliare (locazioni attive e passive, concessioni in uso, comodati), le alienazioni e la gestione dei beni mobili e di consumo. Eventi rischiosi: concessione in uso a canoni non congrui o a soggetti individuati senza confronto concorrenziale; mancato adeguamento dei canoni; omessa escussione delle garanzie; sottrazione o uso privato di beni aziendali; irregolarità nella gestione del magazzino e dei presidi. Misure: procedure ad evidenza pubblica per le concessioni e le locazioni attive, con perizia di stima del canone; registro delle concessioni con scadenze monitorate; inventario aggiornato dei beni e verifiche periodiche di consistenza; disciplina degli accessi al magazzino con registrazione dei prelievi.

8.6 Area F – Gestione economico-finanziaria

Area di nuova introduzione, comprende la fatturazione e la riscossione delle rette e delle compartecipazioni, la gestione della cassa economale, i pagamenti e i rapporti con il tesoriere, nonché l'acquisizione e la destinazione di donazioni, liberalità e sponsorizzazioni. Eventi rischiosi: mancata o tardiva fatturazione; omessa registrazione di incassi; utilizzo improprio della cassa economale; alterazione dell'ordine cronologico dei pagamenti; pagamenti a fronte di prestazioni non verificate; gestione non tracciata dei rapporti con il tesoriere. Misure: segregazione tra funzione di liquidazione,



funzione di ordinazione del pagamento e funzione di riscontro contabile; limiti di importo e rendicontazione periodica della cassa economale con verifiche a sorpresa del Revisore; riconciliazioni periodiche tra contabilità e conto di tesoreria; monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti; obbligo di attestazione di regolare esecuzione prima di ogni liquidazione. La misura organizzativa prioritaria è la copertura stabile della posizione di Responsabile contabile.

Donazioni, liberalità e sponsorizzazioni. L'Azienda riceve erogazioni liberali da utenti, familiari, associazioni e operatori economici, in parte libere e in parte vincolate dal donante alla realizzazione di determinati lavori o all'acquisto di specifiche attrezzature. L'acquisizione non passa da una deliberazione, ma dal procedimento di definizione della donazione liberale, che si conclude con un atto del responsabile che riceve l'erogazione. Eventi rischiosi: erogazioni provenienti da soggetti che sono o possono divenire controparti contrattuali dell'Azienda; collegamento, anche solo implicito, fra la liberalità e un trattamento di favore nell'accesso ai servizi, nella collocazione in struttura o nella gestione della retta; ricezione di somme o beni da parte del singolo operatore anziché dell'Azienda; mancata registrazione della liberalità; impiego difforme dal vincolo indicato dal donante; utilizzo del vincolo per orientare la scelta del fornitore.

Misure di trattamento: il responsabile che riceve la donazione ne dà atto per iscritto a chiusura del donativo, indicando donante, oggetto, valore ed eventuale vincolo di destinazione, e dando conto dell'assenza di rapporti contrattuali in essere o programmati con il donante; l'atto è trasmesso al Servizio amministrativo, che annota la liberalità in un registro unico e ne cura la rilevazione contabile. Resta fermo il divieto per i dipendenti di accettare a titolo personale denaro, beni o utilità da utenti, familiari o fornitori (art. 2 del Codice di comportamento aziendale). Per le liberalità vincolate il registro riporta il lavoro eseguito o l'attrezzatura acquistata; il vincolo può riguardare la destinazione dell'erogazione, non la scelta del fornitore o dell'esecutore, che segue le ordinarie procedure di affidamento. La verifica del registro rientra nella scheda annuale di autovalutazione di cui al § 13.1.

8.7 Area G – Gestione dei dati, delle tecnologie e dell'intelligenza artificiale

L'area comprende il trattamento dei dati sanitari e sociali degli utenti, la gestione degli accessi ai sistemi informativi, le comunicazioni e le pubblicazioni, la sicurezza e la conservazione. Eventi rischiosi: accessi non autorizzati o eccedenti; indebita divulgazione di informazioni su persone fragili; alterazione o perdita di dati; pubblicazioni lesive della riservatezza; utilizzo non governato di strumenti di intelligenza artificiale. Misure: profili di autorizzazione secondo necessità, log e revisione periodica delle utenze; protocollazione e conservazione a norma; verifica preventiva di ogni pubblicazione (§ 11.4); disciplina dell'uso dell'IA di cui al § 9.13.

9. Le misure generali di prevenzione

Le misure generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Le misure già a regime sono presidiate in via continuativa, secondo la tempistica indicata nella tabella che segue; il § 15 programma le azioni di sviluppo e di adeguamento previste per il triennio, con responsabile, termine e indicatore. Di seguito la disciplina di dettaglio. Le misure generali sono identificate dalla dicitura "Anticorruzione", seguita dal numero progressivo, per distinguerle dai macro-obiettivi di struttura M1-M11 della Sottosezione 2.2, che conservano la sigla M.

Misura generale	Riferimento normativo	Responsabile	Tempistica
Anticorruzione 1 – Trasparenza	Art. 1, co. 9 e 15 ss., L. 190/2012; D.Lgs. 33/2013	RPCT e responsabili di servizio	Continuativa; monitoraggio annuale
Anticorruzione 2 – Codice di comportamento	Art. 54 D.Lgs. 165/2001; D.P.R. 62/2013 e 81/2023	RPCT / Ufficio personale	Aggiornamento entro 31/12/2026; verifica annuale



Anticorruzione 3 – Conflitto di interessi e astensione	Artt. 6 e 7 D.P.R. 62/2013; art. 6-bis L. 241/1990; art. 16 D.Lgs. 36/2023	Tutti i dipendenti; Direttore	All'atto dell'assegnazione e di ogni procedura
Anticorruzione 4 – Inconferibilità e incompatibilità	D.Lgs. 39/2013; All. 1 PNA 2025	RPCT / Ufficio personale	Al conferimento e annualmente
Anticorruzione 5 – Incarichi extra-istituzionali	Art. 53 D.Lgs. 165/2001; Regolamento aziendale	Direttore / Ufficio personale	Su istanza; monitoraggio annuale
Anticorruzione 6 – Pantouflage	Art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001	Ufficio personale; RUP	In ogni procedura e alla cessazione
Anticorruzione 7 – Rotazione e misure alternative	L. 190/2012; All. 2 PNA 2019; art. 16 D.Lgs. 165/2001	Direttore	Continuativa; verifica annuale
Anticorruzione 8 – Formazione	Art. 1, co. 10, L. 190/2012	RPCT / Ufficio personale	Annuale
Anticorruzione 9 – Whistleblowing	D.Lgs. 24/2023; delibere ANAC n. 478/2025 e n. 311/2023	RPCT (gestore del canale)	Continuativa; riscontro entro 3 mesi
Anticorruzione 10 – Commissioni e assegnazione agli uffici	Art. 35-bis D.Lgs. 165/2001	Ufficio personale; RUP	Ad ogni nomina/assegnazione
Anticorruzione 11 – Patti di integrità e clausole contrattuali	Art. 1, co. 17, L. 190/2012; L. 136/2010	RUP	In ogni procedura
Anticorruzione 12 – Informatizzazione e tracciabilità	D.Lgs. 82/2005; D.Lgs. 36/2023	Direttore / servizi	Continuativa
Anticorruzione 13 – Monitoraggio dei termini procedurali	Art. 1, co. 9, lett. d), L. 190/2012	Responsabili di servizio	Annuale
Anticorruzione 14 – Sensibilizzazione e rapporto con la società civile	PNA; art. 5 D.Lgs. 33/2013	RPCT	Annuale
Anticorruzione 15 – Protezione dei dati, sicurezza digitale e uso dell'IA	Reg. (UE) 2016/679; D.Lgs. 82/2005; PNA 2025	Direttore / servizi / DPO	Continuativa

9.1 Trasparenza

La trasparenza costituisce misura generale fondamentale di prevenzione ed è disciplinata nella sezione dedicata del presente Piano (§ 11), cui si rinvia anche per la programmazione dei flussi di pubblicazione e per l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati.

9.2 Codice di comportamento

Il Codice di comportamento aziendale vigente (Allegato 2) è quello adottato con decisione dell'Amministratore Unico n. 13 del 14 maggio 2025, ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.Lgs. 165/2001 e delle Linee guida ANAC (delibera n. 177/2020), a integrazione e specificazione del D.P.R. 62/2013. Il Codice si applica a tutti i dipendenti, ai lavoratori somministrati e, in quanto compatibile, ai collaboratori, consulenti e collaboratori delle imprese fornitrici; nei contratti e negli atti di incarico sono inserite clausole di risoluzione o decadenza per violazione degli obblighi del Codice. Entro il 31/12/2026 è programmato l'aggiornamento del Codice per il pieno recepimento: dell'art. 11-bis del D.P.R. 62/2013 (utilizzo corretto delle tecnologie informatiche: divieto di utilizzo di account personali per comunicazioni di servizio, custodia



delle credenziali, tracciabilità); dell'art. 11-ter (utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media, con divieto di divulgare contenuti lesivi dell'immagine dell'Azienda e obbligo di riservatezza, di particolare delicatezza in un contesto di cura che coinvolge dati sanitari e immagini di persone fragili); di specifiche previsioni sull'utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale nell'attività lavorativa. La formazione obbligatoria sui contenuti del Codice è già disciplinata dall'art. 14 del Codice vigente ed è programmata al § 9.8. L'aggiornamento è definito con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del D.Lgs. 165/2001, ed è adottato con decisione dell'Amministratore Unico secondo la programmazione del § 15. Fino a quella data resta vigente il Codice adottato nel 2025 e le disposizioni del D.P.R. 62/2013 novellato si applicano direttamente.

La violazione del Codice è fonte di responsabilità disciplinare, valutata caso per caso secondo gravità del comportamento ed entità del pregiudizio; il livello di osservanza costituisce indicatore ai fini della valutazione della performance individuale. Il RPCT verifica annualmente il livello di attuazione del Codice, rilevando numero e tipologia delle violazioni accertate.

9.3 Conflitto di interessi e obbligo di astensione

In attuazione degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e dell'art. 6-bis della L. 241/1990, tutti i dipendenti comunicano per iscritto al Direttore (i responsabili di servizio) o al responsabile di riferimento (gli altri dipendenti) i rapporti di collaborazione con soggetti privati e le situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, astenendosi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che coinvolgano interessi propri, di parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, o di soggetti con cui intercorrano rapporti qualificati. Ove l'astensione riguardi il Direttore, la decisione sulla sostituzione compete all'Amministratore Unico. I provvedimenti relativi alle astensioni sono comunicati al RPCT, che li custodisce agli atti.

Nell'ambito dei contratti pubblici trova applicazione l'art. 16 del D.Lgs. 36/2023: il RUP, i componenti delle commissioni, il direttore dell'esecuzione e chiunque intervenga nella procedura con compiti funzionali rendono, per ciascuna procedura, dichiarazione sostitutiva di assenza di conflitto di interessi, acquisita agli atti del fascicolo; la sussistenza anche solo potenziale del conflitto comporta l'obbligo di comunicazione e di astensione. Il PNA 2025 dedica al tema una specifica sezione della Parte speciale, le cui esemplificazioni di eventi rischiosi e misure sono recepite nell'Allegato 1.

9.4 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi (D.Lgs. 39/2013)

ASP Azalea, quale ente pubblico di livello locale ai sensi dell'art. 1, co. 2, del D.Lgs. 39/2013, applica la disciplina delle inconferibilità e incompatibilità agli incarichi rilevanti conferiti presso di sé: l'incarico di Amministratore Unico (incarico di amministratore di ente pubblico) e l'incarico di Direttore (incarico amministrativo di vertice). All'atto del conferimento l'interessato rende la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità; annualmente rende la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità (art. 20 D.Lgs. 39/2013). Le dichiarazioni sono pubblicate tempestivamente nella sezione "Amministrazione Trasparente".

A supporto della corretta acquisizione delle dichiarazioni, l'Azienda adotta quale strumento operativo gli Schemi esplicativi allegati al PNA 2025 (All. n. 1), utilizzati per l'informativa da sottoporre al soggetto cui si intende conferire l'incarico sui presupposti rilevanti nel caso di specie. Il responsabile del procedimento di conferimento verifica la dichiarazione, anche mediante acquisizione del certificato del casellario giudiziale per l'inconferibilità ex art. 3 (condanne, anche non definitive, per i reati del capo I del titolo II del libro secondo del codice penale) e mediante riscontro dei precedenti incarichi dichiarati. In caso di dichiarazione mendace si applicano le conseguenze di cui all'art. 20, co. 5, e la nullità dell'atto di conferimento ex art. 17, con le responsabilità dell'art. 18. La sola acquisizione formale delle dichiarazioni, senza controllo, non è considerata misura sufficiente: è programmata la verifica fattuale



documentata su almeno il 20% delle dichiarazioni acquisite, mediante riscontro del casellario, dei precedenti incarichi e delle informazioni disponibili. Il RPCT vigila sul rispetto della disciplina, contesta le situazioni rilevate e segnala i casi all'ANAC ai sensi dell'art. 15.

9.5 Incarichi extra-istituzionali dei dipendenti

Lo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dipendenti è disciplinato dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, dall'art. 9 del Codice di comportamento aziendale e dal Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extra-istituzionali, cui si rinvia. Il rilascio dell'autorizzazione è preceduto da un'approfondita verifica dell'assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, e di interferenze con i compiti d'ufficio; l'elenco degli incarichi conferiti o autorizzati è comunicato al Dipartimento della Funzione Pubblica (banca dati Anagrafe delle prestazioni) e pubblicato ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. 33/2013. Il monitoraggio è svolto dall'Ufficio personale con cadenza annuale, con controlli anche a campione sull'eventuale svolgimento di attività non autorizzate.

9.6 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

Ai sensi dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i medesimi poteri. A presidio del divieto: (i) nei contratti di assunzione e negli atti di conferimento di incarichi con poteri negoziali è inserita apposita clausola informativa; (ii) nei bandi di gara, nelle lettere di invito e nelle richieste di preventivo è richiesta agli operatori economici la dichiarazione di non aver stipulato contratti di lavoro o attribuito incarichi a ex dipendenti in violazione del divieto, a pena di esclusione; (iii) nei contratti è inserita specifica clausola risolutiva. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi. Il divieto è presidiato secondo le Linee guida ANAC n. 1/2024 (delibera n. 493 del 25 settembre 2024): informativa al personale, dichiarazione resa dal dipendente alla cessazione del rapporto, clausole negli atti pertinenti, controlli e gestione delle eventuali segnalazioni.

9.7 Rotazione del personale e misure alternative

La rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio è misura raccomandata dalla L. 190/2012, la cui applicazione deve tuttavia essere temperata con il buon andamento e la continuità dei servizi. Nell'Azienda la rotazione incontra limiti oggettivi: dimensioni ridotte della tecnostruttura amministrativa; prevalenza di professionalità infungibili (sanitarie, socio-assistenziali, educative); unicità di talune posizioni. In coerenza con il PNA 2019 (All. 2), ove la rotazione non sia percorribile l'Azienda applica le seguenti misure alternative, già in parte operative:

segregazione delle funzioni: distinzione, nei processi a rischio, tra chi svolge l'istruttoria, chi adotta l'atto e chi effettua i controlli (c.d. "più occhi sullo stesso processo");

condivisione delle fasi procedurali: affiancamento di più operatori nelle attività sensibili (verifiche sulle offerte, controlli sull'esecuzione, gestione cassa);

trasparenza rafforzata e tracciabilità integrale dei processi decisionali, anche mediante protocollazione e fascicolazione informatica;

rotazione, ove possibile, nella composizione delle commissioni di concorso e di gara e nell'assegnazione delle pratiche;

rotazione dei fornitori negli affidamenti diretti, secondo i principi del D.Lgs. 36/2023 e la disciplina interna, con obbligo di motivazione in caso di riaffidamento al contraente uscente.



Resta ferma la rotazione straordinaria ex art. 16, co. 1, lett. l-quater, D.Lgs. 165/2001: in caso di avvio di procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva, il dipendente è assegnato ad altro servizio o ad altre funzioni, con provvedimento motivato del Direttore (o dell'Amministratore Unico, ove riguardi il Direttore), secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 215/2019.

9.8 Formazione

La formazione costituisce misura fondamentale della strategia di prevenzione ed è programmata nell'ambito della Sottosezione 3.3 "Piano triennale dei fabbisogni di personale" del PIAO, che comprende la programmazione della formazione. Il percorso 2026-2028 prevede: (i) un livello generale, rivolto a tutto il personale, sui contenuti del Codice di comportamento, sui doveri di segnalazione e sulle tutele del whistleblower (la partecipazione alla formazione sul Codice è obbligatoria); (ii) un livello specialistico, rivolto al RPCT, ai responsabili di servizio e al personale delle aree a rischio, su: Codice dei contratti pubblici e correttivo, digitalizzazione degli affidamenti (PAD e FVOE), conflitto di interessi, procedure di reclutamento, D.Lgs. 39/2013, trasparenza e bilanciamento con la protezione dei dati personali. È prevista la verifica dell'apprendimento e la registrazione delle presenze; l'indicatore di copertura è riportato nella programmazione di cui al § 15.

9.9 Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)

L'Azienda applica il D.Lgs. 24/2023 e le Linee guida ANAC n. 1/2025 sui canali interni di segnalazione (delibera n. 478 del 26 novembre 2025), che integrano le Linee guida sulle segnalazioni esterne di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, come modificata dalla delibera n. 479 del 26 novembre 2025. Il canale interno di segnalazione, gestito dal RPCT, garantisce – anche tramite strumenti di crittografia – la riservatezza dell'identità del segnalante, della persona coinvolta e delle persone menzionate, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. Le segnalazioni possono essere effettuate in forma scritta, tramite la piattaforma informatica dedicata raggiungibile dal sito istituzionale, ovvero, su richiesta del segnalante, in forma orale mediante incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

Il RPCT rilascia avviso di ricevimento entro sette giorni, mantiene le interlocuzioni con il segnalante, dà diligente seguito alla segnalazione e fornisce riscontro entro tre mesi. Resta ferma la possibilità di segnalazione esterna all'ANAC, nei casi previsti dall'art. 6 del D.Lgs. 24/2023, e di divulgazione pubblica alle condizioni dell'art. 15. È vietata ogni forma di ritorsione, diretta o indiretta; gli atti ritorsivi sono nulli e sono comunicati all'ANAC. L'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso espresso, salvo i casi previsti dall'art. 12; la documentazione è conservata per il tempo necessario e comunque non oltre cinque anni dalla comunicazione dell'esito finale. Non è ammesso l'utilizzo della posta elettronica ordinaria, del protocollo generale o di moduli pubblici che espongano identità e contenuto della segnalazione; il canale è separato dalle ordinarie comunicazioni, con accesso limitato e tracciato. Le segnalazioni estranee al D.Lgs. 24/2023 sono gestite secondo la disciplina pertinente, preservando comunque la riservatezza. Il modello di segnalazione è riportato nell'Allegato 5; entro il 31/12/2026 è programmata la verifica di piena conformità della piattaforma alle Linee guida n. 1/2025 e l'aggiornamento dell'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, con test di funzionamento a cadenza annuale.

Segnalazioni che riguardano il RPCT. Poiché il RPCT coincide con il Direttore, in un ente privo di posizioni dirigenziali intermedie, è espressamente disciplinata l'ipotesi in cui la segnalazione abbia ad oggetto condotte del RPCT o ne coinvolga direttamente gli atti: in tal caso la segnalazione non è gestita dal RPCT ed è indirizzata all'Amministratore Unico, che la riceve e la istruisce con le medesime garanzie di riservatezza, negli stessi termini (avviso di ricevimento entro sette giorni, riscontro entro tre mesi) e con le medesime tutele contro le ritorsioni previste per il canale interno ordinario, avvalendosi ove necessario di supporto professionale esterno e del Responsabile della protezione dei dati.



Resta ferma la facoltà del segnalante di rivolgersi direttamente al canale esterno dell'ANAC, ricorrendone le condizioni di cui all'art. 6 del D.Lgs. 24/2023. Di tale modalità alternativa è data informazione nell'Allegato 5, nell'apposita sezione del sito istituzionale e nelle iniziative formative di cui al § 9.8. Un criterio analogo di separazione opera per le richieste di riesame in materia di accesso civico generalizzato relative ad atti adottati direttamente dal Direttore: la competenza a decidere resta al RPCT per espressa previsione dell'art. 5, comma 7, del D.Lgs. 33/2013, ma della circostanza è dato atto nel provvedimento e il richiedente è espressamente informato della facoltà di adire il difensore civico regionale ai sensi dell'art. 5, comma 8, del medesimo decreto.

9.10 Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici (art. 35-bis D.Lgs. 165/2001)

Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono: far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione di sovvenzioni, contributi e vantaggi economici; far parte di commissioni per la scelta del contraente o per la concessione di benefici economici. All'atto della nomina di ogni commissione (di concorso o di gara) e dell'assegnazione agli uffici indicati, i componenti e gli interessati rendono apposita dichiarazione sostitutiva, verificata dall'ufficio competente anche mediante acquisizione a campione del casellario giudiziale.

9.11 Patti di integrità e clausole nei contratti

Negli avvisi, nei bandi e nelle lettere di invito è previsto che il mancato rispetto delle clausole di integrità e di legalità costituisce causa di esclusione dalla procedura o di risoluzione del contratto. Le clausole comprendono: impegno al rispetto del Codice di comportamento aziendale; dichiarazione anti-pantouflage; obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ex L. 136/2010; obbligo di denuncia di richieste estorsive o corruttive; clausole risolutive espresse per gravi violazioni.

9.12 Informatizzazione dei processi, monitoraggio dei termini e azioni di sensibilizzazione

L'informatizzazione dei processi (protocollo informatico, fascicolazione elettronica, firma digitale, piattaforme di approvvigionamento, conservazione a norma) garantisce la tracciabilità dei processi decisionali e riduce i margini di alterazione documentale; nel triennio è programmata la progressiva estensione della gestione documentale digitale ai flussi della trasparenza (§ 11). Il monitoraggio dei termini procedurali è svolto annualmente dai responsabili di servizio, con segnalazione al RPCT degli scostamenti significativi e delle relative cause. Le azioni di sensibilizzazione verso la società civile comprendono la consultazione pubblica sul Piano (§ 14), la diffusione della conoscenza dell'accesso civico generalizzato e la pubblicazione della Carta dei Servizi.

9.13 Protezione dei dati, sicurezza digitale e uso responsabile dell'intelligenza artificiale

L'accesso ai dati avviene secondo necessità e autorizzazione; sono adottati profili di abilitazione, log, revisioni periodiche delle utenze, protocollazione e conservazione a norma. Pubblicazione e trasparenza rispettano i principi di minimizzazione e limitazione della finalità, con divieto di diffusione dei dati sanitari (§ 11.4). L'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale nell'attività amministrativa richiede: valutazione preventiva; supervisione umana; verifica delle fonti e dei risultati; divieto di inserire dati personali in servizi non autorizzati; tracciabilità delle decisioni assunte con il supporto di tali strumenti. Nessun esito automatizzato sostituisce la responsabilità amministrativa o professionale del soggetto competente.



10. Misure specifiche e focus sui contratti pubblici (Parte speciale PNA 2025)

Le misure specifiche, riferite ai singoli processi ed eventi rischiosi, sono programmate analiticamente nell'Allegato 1, con indicazione di responsabile, tempistica e indicatori. In questa sede si richiamano i presidi introdotti o rafforzati nel presente ciclo in recepimento della Parte speciale "Contratti pubblici" del PNA 2025.

10.1 Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti: PAD e FVOE

Tutte le procedure di affidamento, ivi compresi gli affidamenti diretti, sono gestite tramite piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, interoperabili con la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici. Eventi rischiosi presidiati: elusione dell'utilizzo della piattaforma mediante frazionamenti o gestione extra-sistema; inserimento di dati incompleti o non veritieri nella BDNCP; utilizzo improprio delle funzionalità della piattaforma per orientare l'esito. Misure: divieto di procedure extra-piattaforma salvo i casi normativamente previsti, con obbligo di motivazione; controlli a campione del RPCT sulla completezza dei dati trasmessi alla BDNCP; utilizzo sistematico del FVOE per la verifica dei requisiti degli operatori economici, con divieto di richiedere ai concorrenti documenti già acquisibili dal fascicolo; conservazione degli esiti delle verifiche nel fascicolo informatico di gara.

10.2 Affidamenti diretti e procedure negoziate

Gli affidamenti diretti ex art. 50 D.Lgs. 36/2023 costituiscono il processo a maggiore esposizione per l'Azienda, in ragione dell'ampia discrezionalità e della frequenza di utilizzo. Misure specifiche: determinazione a contrarre motivata con indicazione dell'interesse pubblico, delle caratteristiche della prestazione, del criterio di individuazione dell'operatore e della congruità del prezzo; rotazione degli affidamenti secondo l'art. 49 del Codice e la disciplina interna, con motivazione rafforzata per il riaffidamento al contraente uscente; divieto di frazionamento artificioso della spesa; acquisizione di più preventivi ove opportuno, anche sotto le soglie di obbligatorietà; verifica che il preventivo dell'operatore contenga tutte le dichiarazioni richieste, compresa l'eventuale riserva di subappalto, non integrabile dopo l'affidamento; controllo del RPCT, a campione annuale, su un insieme di affidamenti diretti pari ad almeno il 10% di quelli dell'anno (e comunque almeno cinque, ove disponibili), con verifica di regolarità della motivazione, rotazione, CIG, verifiche dei requisiti e pubblicazioni; il controllo annuale è esteso al 100% delle modifiche contrattuali, delle proroghe tecniche e degli accordi bonari dell'anno.

10.3 Fase esecutiva, subappalto e varianti

La fase esecutiva è individuata dal PNA 2025 come area di massima attenzione, in quanto sottratta alle garanzie dell'evidenza pubblica. Misure: nomina del direttore dell'esecuzione/direttore dei lavori distinta dal RUP nei casi previsti; verifiche di conformità documentate con report periodici, anche mediante sopralluoghi presso le strutture; controllo del rispetto dei CCNL e della manodopera impiegata dall'appaltatore; autorizzazione al subappalto ex art. 119 solo previa verifica dei requisiti del subappaltatore e della dichiarazione resa in sede di offerta; applicazione effettiva delle penali contrattuali, con divieto di rinunce non motivate; gestione delle modifiche contrattuali e delle varianti nel rigoroso rispetto dell'art. 120 del Codice, con motivazione analitica dei presupposti (per l'Azienda costituisce specifico presidio la distinzione tra modifica contrattuale legittima e nuovo affidamento al medesimo operatore, che integrerebbe frazionamento vietato); comunicazione delle varianti nei casi previsti; tracciabilità di tutte le contestazioni e degli accordi bonari.

10.4 Conflitto di interessi nelle procedure di gara

Per ogni procedura sono acquisite le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (art. 16 D.Lgs. 36/2023) del RUP, dei commissari, del direttore dell'esecuzione e del personale coinvolto; la nomina dei commissari avviene nel rispetto dell'art. 93 del Codice e dell'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001, privilegiando, ove possibile, la rotazione dei componenti. È fatto obbligo di segnalare immediatamente al RUP (o al Direttore, se riguarda il RUP) ogni situazione sopravvenuta.



11. La sezione Trasparenza: programmazione dei flussi e accesso civico

11.1 Obiettivi e organizzazione dei flussi di pubblicazione

La trasparenza, intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dall'Azienda ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 33/2013, concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità e buon andamento ed è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive. La programmazione della trasparenza per il triennio è contenuta nel presente paragrafo e nei successivi. Per la denominazione delle sotto-sezioni di primo e secondo livello di "Amministrazione Trasparente", per il contenuto di ciascun obbligo, per il relativo riferimento normativo, per la periodicità di aggiornamento e per il termine di pubblicazione l'Azienda assume a riferimento l'Allegato 1 alla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e i successivi aggiornamenti dell'Autorità, limitatamente agli obblighi applicabili alla propria natura giuridica e alle attività effettivamente svolte. L'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione, richiesta dall'art. 10, comma 1, del D.Lgs. 33/2013, è operata al capoverso che segue.

Il modello organizzativo dei flussi è il seguente: ciascun responsabile di servizio è responsabile dell'elaborazione e della trasmissione dei dati, dei documenti e delle informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria che siano prodotti nell'ambito delle attività di propria competenza; li trasmette al referente per la pubblicazione individuato presso il Servizio amministrativo, responsabile del caricamento sul sito istituzionale entro i termini; il RPCT sovrintende al sistema, verifica a campione con cadenza annuale la completezza e l'aggiornamento delle pubblicazioni, sollecita i responsabili inadempienti e riferisce all'Amministratore Unico e all'OIV. L'OIV attesta annualmente l'assolvimento degli obblighi secondo le delibere ANAC. I dati personali sono pubblicati nel rispetto del principio di minimizzazione (art. 7-bis D.Lgs. 33/2013 e Regolamento UE 2016/679), previa anonimizzazione ove i dati non siano necessari alle finalità di trasparenza; è in ogni caso escluso dalla pubblicazione ogni dato idoneo a rivelare lo stato di salute degli utenti.

11.2 Obblighi di particolare rilievo per l'Azienda

dati relativi ai titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo (art. 14): per l'Amministratore Unico, compresi compensi, altre cariche, dichiarazioni patrimoniali e reddituali nei termini di legge (lett. d), e) ed f), con documentazione dell'eventuale mancato consenso dei familiari; per il Direttore, quale titolare di incarico amministrativo di vertice, nei termini di cui all'art. 14, co. 1-bis e ss.;

incarichi di collaborazione e consulenza (art. 15), con verifica preventiva dell'insussistenza di conflitti di interesse e pubblicazione quale condizione di efficacia per il pagamento;

dati sui contratti pubblici (art. 37 D.Lgs. 33/2013 e art. 28 D.Lgs. 36/2023), assicurati principalmente tramite la trasmissione alla BDNCP e i collegamenti ipertestuali;

sovvenzioni, contributi e vantaggi economici (artt. 26-27), ove ricorrano;

bilanci, patrimonio immobiliare e canoni (artt. 29-30); indicatore di tempestività dei pagamenti e IBAN (artt. 33 e 36);

servizi erogati: carta dei servizi e standard di qualità, costi contabilizzati, tempi di attesa e modalità di accesso alle prestazioni (art. 32), di specifica rilevanza per la natura dell'Azienda;

selezioni del personale (art. 19) e dotazione/costo del personale (artt. 16-18);

sezione "Altri contenuti – Prevenzione della corruzione": PTPCT/Sottosezione 2.3, relazione annuale del RPCT, atti ANAC eventualmente adottati, canale whistleblowing; "Altri contenuti – Accesso civico": modalità, modulistica e registro degli accessi.



11.3 Accesso civico semplice, generalizzato e documentale

L'Azienda garantisce: (i) l'accesso civico semplice (art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013), avente ad oggetto dati e documenti a pubblicazione obbligatoria, con istanza al RPCT e riscontro entro trenta giorni mediante pubblicazione e comunicazione al richiedente (Allegato 4); (ii) l'accesso civico generalizzato (art. 5, co. 2), avente ad oggetto dati e documenti ulteriori, senza obbligo di motivazione, nel rispetto dei limiti a tutela di interessi pubblici e privati di cui all'art. 5-bis e delle Linee guida ANAC (delibera n. 1309/2016), con coinvolgimento degli eventuali controinteressati (Allegato 3); (iii) l'accesso documentale ex L. 241/1990. È tenuto il registro degli accessi, pubblicato semestralmente, recante l'elenco delle richieste con oggetto, data ed esito. Avverso il diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o la mancata risposta è possibile presentare richiesta di riesame al RPCT, che decide con provvedimento motivato entro venti giorni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali ove il diniego attenga alla tutela di dati personali.

11.4 Bilanciamento tra trasparenza e protezione dei dati personali

La natura socio-sanitaria dei servizi gestiti impone particolare rigore nel bilanciamento tra obblighi di pubblicità e tutela della riservatezza. L'Azienda si attiene ai seguenti criteri operativi: pubblicazione dei soli dati esattamente individuati dalla norma che impone l'obbligo, senza estensioni analogiche; verifica preventiva, prima di ogni pubblicazione, dell'esistenza di un obbligo normativo puntuale; anonimizzazione o oscuramento dei dati identificativi non necessari; divieto assoluto di pubblicazione di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale (art. 7-bis, co. 6, D.Lgs. 33/2013); cautela nella pubblicazione di provvedimenti relativi a utenti (contributi, ricoveri, interventi sociali), per i quali si applicano gli artt. 26, co. 4, e 27 del D.Lgs. 33/2013; durata della pubblicazione limitata ai termini di legge, con successivo trasferimento nella sezione archivio; indicizzazione consentita solo ove prevista.

Il RPCT opera in raccordo con il Responsabile della protezione dei dati (DPO), Galli Data Service e specificamente, Avv. Valentina Groppi, Il DPO, pur non potendo coincidere con il RPCT secondo l'orientamento consolidato dell'Autorità, è coinvolto nella valutazione delle richieste di accesso civico generalizzato che coinvolgano dati personali e nell'esame delle informative connesse al canale whistleblowing. Il trattamento dei dati connesso alla gestione delle segnalazioni è oggetto di specifica informativa e di valutazione d'impatto ove ricorrano i presupposti dell'art. 35 del Regolamento (UE) 2016/679.

11.5 Qualità dei dati pubblicati e accessibilità

Oltre alla completezza, l'Azienda persegue la qualità dei dati pubblicati secondo i criteri dell'art. 6 del D.Lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità. I documenti sono pubblicati preferibilmente in formato aperto e comunque in formati che ne consentano il riuso; la sezione "Amministrazione Trasparente" rispetta l'articolazione definita dalla delibera ANAC n. 1310/2016 e i requisiti di accessibilità previsti dalla L. 4/2004 e dalle Linee guida AgID. Nel triennio è programmata la revisione della struttura della sezione, con riduzione della profondità di navigazione e miglioramento della chiarezza espositiva, in coerenza con le indicazioni del PNA 2025 sulla conoscibilità dei dati dall'esterno.

11.6 Rapporti con l'ANAC e conseguenze dell'inadempimento

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione costituisce elemento di valutazione della responsabilità del Direttore e dei titolari di incarico di Elevata Qualificazione, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine ed è valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance (art. 46 D.Lgs. 33/2013). Nei casi previsti dall'art. 47 si applicano le sanzioni amministrative pecuniarie irrogate dall'ANAC, con particolare riguardo alla mancata comunicazione e pubblicazione dei dati di cui agli artt. 14 e 22. Il RPCT segnala all'Amministratore Unico, all'OIV e, nei casi più gravi, all'ANAC i casi di inadempimento; segnala altresì all'Autorità le



violazioni della disciplina sulle inconferibilità e incompatibilità (art. 15 D.Lgs. 39/2013) e le misure ritorsive adottate nei confronti dei segnalanti (art. 19 D.Lgs. 24/2023).

12. I soggetti della strategia di prevenzione: ruoli e responsabilità

L'efficacia del sistema di prevenzione dipende dal coinvolgimento dell'intera struttura. Il quadro dei ruoli è il seguente.

Soggetto	Compiti e responsabilità
Amministratore Unico (organo di indirizzo)	Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza; nomina il RPCT assicurandone l'autonomia e i mezzi; adotta il PIAO e la presente Sottosezione e i suoi aggiornamenti; riceve la relazione annuale del RPCT; adotta i provvedimenti conseguenti alle segnalazioni del RPCT; riceve e istruisce le segnalazioni whistleblowing che riguardano il RPCT, secondo quanto previsto al § 9.9; assicura risorse adeguate.
Assemblea dei Soci	Esercita gli indirizzi generali e il controllo sull'andamento dell'Azienda secondo lo Statuto; prende atto degli esiti della strategia di prevenzione nell'ambito degli strumenti di programmazione e rendicontazione.
RPCT (Direttore)	Elabora la proposta di Sottosezione 2.3 e i relativi aggiornamenti; verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, proponendo modifiche in caso di accertate violazioni o mutamenti organizzativi; definisce le procedure di formazione; vigila sul rispetto del D.Lgs. 39/2013 e sugli obblighi di trasparenza; gestisce il canale whistleblowing, salve le segnalazioni che lo riguardano, di competenza dell'Amministratore Unico (§ 9.9); decide sulle richieste di riesame in materia di accesso civico generalizzato; redige la relazione annuale entro i termini ANAC; riferisce all'organo di indirizzo.
Titolari di EQ e responsabili di servizio	Concorrono all'identificazione e valutazione dei rischi nei processi di competenza; attuano le misure programmate; assicurano i flussi informativi verso il RPCT e la trasmissione dei dati per la pubblicazione; vigilano sul rispetto del Codice di comportamento; segnalano situazioni di conflitto di interessi e ipotesi di illecito; svolgono il monitoraggio di primo livello.
Tutti i dipendenti	Osservano le misure del Piano e il Codice di comportamento; partecipano alla formazione obbligatoria; segnalano situazioni di illecito e di conflitto di interessi; collaborano con il RPCT.
Collaboratori, consulenti e appaltatori	Osservano, in quanto compatibili, gli obblighi del Codice di comportamento e le clausole di integrità previste nei contratti, la cui violazione comporta risoluzione o decadenza.



OIV / Organismo di valutazione	Verifica la coerenza tra obiettivi di performance e obiettivi anticorruzione e trasparenza; attesta annualmente l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione secondo le delibere ANAC; utilizza le informazioni del RPCT ai fini della valutazione della performance; esprime parere sul Codice di comportamento.
Revisore Unico dei Conti	Esercita il controllo di regolarità contabile e finanziaria; le sue relazioni costituiscono fonte informativa per la valutazione dei rischi nell'area economico-finanziaria.
Ufficio per i procedimenti disciplinari	Cura i procedimenti disciplinari; propone l'aggiornamento del Codice di comportamento; opera in raccordo con il RPCT nel rispetto della riservatezza del segnalante.

La violazione, da parte dei dipendenti, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, co. 14, della L. 190/2012. In caso di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 1, co. 12, della medesima legge, salvo che provi di avere predisposto il Piano prima della commissione del fatto, di averne osservato le prescrizioni e di avere vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

13. Il sistema di monitoraggio e il monitoraggio integrato

13.1 Architettura del monitoraggio

Il monitoraggio si articola su due livelli, secondo le indicazioni dell'Allegato 1 al PNA 2019:

primo livello (interno al processo): svolto dai responsabili di servizio, riguarda l'attuazione delle misure di competenza. Ciascun responsabile trasmette al RPCT, con cadenza annuale entro il 31 gennaio e con riferimento all'annualità precedente, una scheda di autovalutazione secondo il modello adottato dal RPCT e trasmesso ai responsabili, attestante lo stato di attuazione delle misure, gli eventuali scostamenti e le relative cause;

secondo livello (di sistema): svolto dal RPCT, riguarda sia l'attuazione sia l'adeguatezza delle misure. Consiste in verifiche documentali a campione sui processi a maggiore esposizione (affidamenti diretti, esecuzione dei contratti, reclutamento, rateizzazioni, accessi ai servizi non convenzionati), in controlli sulla completezza delle pubblicazioni e in interlocuzioni periodiche con i responsabili.

La programmazione analitica del monitoraggio – responsabile, oggetto, periodicità, modalità e indicatore – è contenuta nell'Allegato 1 (per le misure specifiche) e nel § 15 (per le misure generali). I responsabili assicurano inoltre i seguenti flussi informativi obbligatori verso il RPCT: tempestivamente, procedimenti penali o disciplinari rilevanti, segnalazioni di conflitto, anomalie, ritardi gravi, contenziosi o rilievi di controllo; annualmente, in occasione della scheda di autovalutazione, affidamenti diretti, modifiche contrattuali, proroghe, subappalti, contestazioni e scostamenti economico-temporali, stato delle misure, controlli svolti, campioni esaminati, criticità e azioni correttive, dichiarazioni ex D.Lgs. 39/2013, fabbisogni formativi, aggiornamento dei processi e proposte di revisione del Piano. Il campione minimo di verifica è fissato nel 10% degli atti della categoria monitorata, e comunque in almeno tre atti per ciascun processo a rischio Medio-Alto.



13.2 Monitoraggio integrato e relazione annuale

Ai sensi delle Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025, il RPCT e i responsabili delle altre Sezioni/Sottosezioni del PIAO condividono, nell'ambito del gruppo di lavoro integrato, gli esiti del monitoraggio svolto, per una valutazione complessiva sull'intera strategia di pianificazione. Tale monitoraggio integrato si aggiunge e non si sostituisce al monitoraggio sulle singole Sezioni del PIAO; le relative risultanze confluiscono in un report annuale cui contribuiscono tutti i componenti del gruppo di lavoro e alimentano la Sezione 4 "Monitoraggio" del PIAO, secondo lo schema del D.M. 132/2022.

Resta fermo l'obbligo per il RPCT di predisporre la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta e le valutazioni sul livello di attuazione delle misure, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della L. 190/2012, secondo la scheda e nei termini stabiliti annualmente dall'ANAC; la relazione è trasmessa all'Amministratore Unico e all'OIV e pubblicata in "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione". Al fine di consentire una visione d'insieme, la relazione annuale è richiamata nell'ambito del report di monitoraggio integrato.

13.3 Riesame e aggiornamento

Il Piano è aggiornato annualmente entro i termini di adozione del PIAO. L'aggiornamento è comunque effettuato, anche in corso d'anno, in presenza di: significative violazioni delle prescrizioni; mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nelle attività dell'Azienda; innovazioni normative; indicazioni sopravvenute dell'ANAC; esiti del monitoraggio che evidenzino l'inadeguatezza delle misure adottate.

14. Partecipazione degli stakeholder e consultazione pubblica

La partecipazione di cittadini, utenti, familiari, organizzazioni sindacali, imprese e altri portatori di interesse non è intesa come adempimento formale, ma come coinvolgimento sostanziale finalizzato a evitare l'autoreferenzialità dello strumento di programmazione. La mappatura degli stakeholder rilevanti per l'Azienda è la seguente:

Stakeholder	Modalità e fase di coinvolgimento
Utenti e loro familiari; Comitati dei familiari	Consultazione in fase di pianificazione (qualità e accessibilità dei servizi, trasparenza delle rette) e in fase di monitoraggio; raccolta di segnalazioni e reclami
Comuni soci, Distretto di Ponente e Ufficio di Piano	Confronto sugli obiettivi di trasparenza e sui flussi informativi relativi ai servizi conferiti
AUSL di Piacenza	Confronto sui processi di accesso, sui debiti informativi e sulle verifiche di appropriatezza
Organizzazioni sindacali e RSU	Informazione e confronto sui processi di gestione del personale e sul Codice di comportamento
Operatori economici e associazioni di categoria	Consultazione sulle misure relative ai contratti pubblici e sulle clausole di integrità
Terzo settore e volontariato operante nelle strutture	Condivisione delle regole di comportamento e delle modalità di collaborazione
Dipendenti e collaboratori (stakeholder interni)	Partecipazione al gruppo di lavoro, raccolta di proposte, canale whistleblowing



Per il ciclo 2026-2028 la consultazione esterna non si è ancora svolta. L'Azienda ha programmato per il 2027, con queste modalità: somministrazione di questionari agli utenti e ai familiari sulla qualità e sull'accessibilità dei servizi e sulla trasparenza delle rette; incontro con le associazioni di tutela e con il terzo settore operante nelle strutture; pubblicazione di un avviso sul sito istituzionale con la bozza della Sottosezione e un termine per le osservazioni. Gli esiti, con il numero e la sintesi delle osservazioni pervenute e l'indicazione di quelle accolte, sono riportati nel presente paragrafo in sede di aggiornamento del Piano. Per il ciclo in corso il coinvolgimento è avvenuto in forma interna, attraverso il gruppo di coordinamento e i responsabili di servizio.

15. Programmazione triennale delle azioni

Il seguente cronoprogramma sintetizza le azioni programmate per il triennio, in raccordo con gli obiettivi strategici del § 3 e con la programmazione analitica dell'Allegato 1. Le scadenze 2026 decorrono dall'approvazione del PIAO; ove una scadenza risulti già superata alla data di adozione, l'adempimento è effettuato entro sessanta giorni, salvo termine di legge più breve.

Azione	Responsabile	Termine	Indicatore / output
Verifica di conformità e piena messa a regime del canale whistleblowing (D.Lgs. 24/2023)	RPCT	31/12/2026	Canale conforme alle LG ANAC 1/2025; informativa e registro riservato; test di funzionamento annuale
Aggiornamento della modulistica di segnalazione e delle informative (Allegato 5)	RPCT	31/12/2026	Modulistica pubblicata sul sito
Adozione della procedura interna per l'acquisizione e verifica delle dichiarazioni ex D.Lgs. 39/2013, con utilizzo degli schemi All. 1 PNA 2025	RPCT / Ufficio personale	30/09/2026	Procedura adottata; 100% dichiarazioni acquisite e pubblicate; verifica fattuale ≥ 20%
Revisione della sezione "Amministrazione Trasparente" e dei flussi informativi	RPCT / referente pubblicazione	31/12/2026	Attestazione OIV senza rilievi
Formazione generale su Codice di comportamento e whistleblowing	RPCT / Ufficio personale	Annuale	Copertura annua: 100% del personale delle strutture interessate dai processi valutati Medio-Alto; ≥ 80% del restante personale
Aggiornamento del Codice di comportamento: avviso e procedura aperta alla partecipazione, esame delle osservazioni con relazione illustrativa, parere obbligatorio dell'OIV, adozione con decisione dell'Amministratore	RPCT / Amministratore Unico	31/12/2026	Avviso pubblicato e relazione illustrativa delle osservazioni; parere OIV acquisito; decisione di adozione adottata e Codice pubblicato e trasmesso



Unico e diffusione ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.Lgs. 165/2001			
Formazione specialistica su contratti pubblici, PAD/FVOE e conflitto di interessi	RPCT	2026 e 2027	Copertura 100% dei responsabili e del personale delle aree a rischio
Controlli a campione sugli affidamenti diretti e sulla fase esecutiva	RPCT	Annuale	≥10% affidamenti (min. 5); 100% modifiche/proroghe/accordi bonari; verbale agli atti
Adozione/aggiornamento della disciplina interna sulla rotazione degli affidamenti e sulle misure alternative alla rotazione del personale	Direttore	31/12/2026	Atto organizzativo adottato
Revisione della mappatura dei processi con metodologia qualitativa e integrazione nella mappatura unica del PIAO	RPCT e responsabili di servizio	31/12/2026 e riesame annuale	Allegato 1 aggiornato
Monitoraggio dei termini procedimentali	Responsabili di servizio	Annuale (31/01)	Report trasmesso al RPCT
Monitoraggio integrato PIAO e report annuale	RPCT e responsabili di Sezione	Annuale	Report condiviso nel gruppo di lavoro
Formalizzazione e pubblicazione dell'atto di individuazione del RPCT e della matrice delle responsabilità	AU / Direzione	30/09/2026	Atto pubblicato; aggiornamento entro 30 gg. dalle variazioni
Mappatura/regolamentazione delle nuove aree di rischio F (gestione economico-finanziaria) e G (dati, tecnologie e IA)	RPCT e responsabili di servizio	31/12/2026	Allegato 1 integrato; disciplina interna sull'uso dell'IA adottata
Relazione annuale del RPCT	RPCT	Nei termini ANAC	Relazione pubblicata

16. Autovalutazione: check list ANAC

Si dà conto dell'autovalutazione condotta sulla base della check list contenuta nelle Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025.

Domanda di autovalutazione	Esito
1. Sono presenti parti duplicate rispetto ad altre parti del PIAO?	No: per contesto esterno, contesto interno, organigramma e formazione si opera rinvio alle Sezioni 2.1, 3.1 e 3.3 del PIAO



2. Il documento è facilmente leggibile?	Sì: struttura per paragrafi numerati, indice navigabile, linguaggio piano, contenuti operativi negli allegati
3. Il documento è organizzato in maniera logico-sistematica?	Sì: premessa e quadro normativo, anagrafica, obiettivi, contesto, metodologia, aree di rischio, misure, trasparenza, soggetti, monitoraggio, partecipazione
4. Gli obiettivi anticorruzione e trasparenza sono corredati da indicatori e target?	Sì: § 3, con raccordo alle Sezioni del PIAO
5. Per l'anagrafica è stato fatto rinvio alla Sezione 1? Sono previsti i riferimenti del RPCT?	Sì: § 2
6. Per il contesto esterno è stato fatto rinvio alla Sezione 2.1?	Sì: § 5, con integrazione degli elementi rilevanti per la strategia di prevenzione
7. Per il contesto interno è stato fatto rinvio alla Sezione 3.1?	Sì: § 6
8. È stato predisposto l'allegato unico (mappatura; misure generali; tabella trasparenza)?	Sì per la mappatura, la valutazione del rischio e le misure specifiche: Allegato 1, dotato di indice e struttura omogenea. Le misure generali e la programmazione dei flussi di pubblicazione sono contenute, rispettivamente, nel § 9 e nel § 11 del presente Piano, che rinvia agli obblighi e ai termini stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 e dalle delibere ANAC.
9. È assicurato il raccordo tra RPCT e i Responsabili nell'ambito del gruppo di lavoro?	Sì: § 4 e § 12
10. Gli esiti del monitoraggio sono condivisi nel gruppo di lavoro?	Sì: § 13.2 (monitoraggio integrato e report annuale)
11. Sono assicurate forme di partecipazione degli stakeholder?	Sì: § 14, con mappatura degli stakeholder
12. La Sottosezione è stata sottoposta a consultazione pubblica prima dell'approvazione?	In corso di programmazione: la consultazione degli stakeholder è programmata per il 2027 con le modalità indicate al § 14; per il presente ciclo il coinvolgimento è avvenuto in forma interna, attraverso il gruppo di coordinamento e i responsabili di servizio.

17. Allegati e disposizioni finali

Costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Piano i seguenti allegati:

Allegato 1 – Mappatura dei processi, dei rischi specifici e delle misure di prevenzione 2026: 28 processi, rischi integrali, uffici maggiormente esposti, legenda delle 14 misure A-P, misure generali di cui ai §§ 9.1-9.13, valutazione del rischio con motivazione, misure di trattamento con responsabili, tempistiche e indicatori di monitoraggio annuale, tabella di raccordo con la valutazione 2025;



Allegato 2 – Codice di comportamento dei dipendenti, adottato con decisione dell'Amministratore Unico n. 13 del 14 maggio 2025 e tuttora vigente; l'aggiornamento per il recepimento degli artt. 11-bis e 11-ter del D.P.R. 62/2013 (D.P.R. 81/2023), nonché delle previsioni sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale, è programmato entro il 31/12/2026 con la procedura di cui al § 9.2 e al § 15;

Allegato 3 – Modello di richiesta di accesso civico generalizzato ex art. 5, co. 2, D.Lgs. 33/2013;

Allegato 4 – Modello di richiesta di accesso civico semplice ex art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013;

Allegato 5 – Modello per la segnalazione di condotte illecite (whistleblowing), aggiornato al D.Lgs. 24/2023 e alle Linee guida ANAC n. 1/2025.

Gli allegati costituiscono un sistema tecnico unitario: il loro aggiornamento operativo, quando non modifica obiettivi, livelli di rischio o responsabilità fondamentali, può essere disposto dal RPCT ed è recepito nel successivo aggiornamento del PIAO; le modifiche sostanziali sono approvate dall'organo competente. La presente Sottosezione è pubblicata, nell'ambito del PIAO 2026-2028 e unitamente agli allegati, nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione" del sito istituzionale e nel Portale PIAO secondo la disciplina vigente, ed è comunicato a tutti i dipendenti mediante i canali interni. La conoscenza dei contenuti del Piano è obbligatoria per tutto il personale.

Appendice A – Glossario operativo

Termine	Definizione
Corruzione (accezione ampia)	Non solo i reati di cui al capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ma ogni situazione di "maladministration", ossia di assunzione di decisioni devianti dalla cura imparziale dell'interesse pubblico per effetto del condizionamento improprio di interessi particolari, anche in assenza di rilevanza penale.
Evento rischioso	Comportamento o fatto attraverso il quale il fenomeno corruttivo può concretizzarsi in un determinato processo.
Fattore abilitante	Elemento di contesto che agevola il verificarsi dell'evento rischioso (assenza di controlli, opacità, eccesso di discrezionalità, monopolio della funzione, carenza di competenze).
Indicatore di rischio (KRI)	Parametro qualitativo utilizzato per stimare l'esposizione al rischio: interesse esterno, discrezionalità, eventi pregressi, opacità, livello di collaborazione, grado di attuazione delle misure.
Misura generale	Misura che incide sul sistema complessivo di prevenzione (trasparenza, codice di comportamento, formazione, rotazione, whistleblowing, conflitto di interessi, inconferibilità).
Misura specifica	Misura riferita a singoli processi o eventi rischiosi, progettata per neutralizzarne i fattori abilitanti.
Inconferibilità	Preclusione, permanente o temporanea, a conferire determinati incarichi a soggetti che versino in una delle situazioni previste dal D.Lgs. 39/2013.



Incompatibilità	Obbligo per il titolare dell'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione della carica o attività incompatibile.
Pantouflage	Divieto, per il dipendente che ha esercitato poteri autoritativi o negoziali, di svolgere attività lavorativa presso i soggetti privati destinatari di tale attività nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto.
Whistleblowing	Segnalazione, effettuata da un lavoratore o collaboratore, di violazioni di disposizioni normative nazionali o europee di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio contesto lavorativo, con le tutele previste dal D.Lgs. 24/2023.
PAD	Piattaforma di Approvvigionamento Digitale certificata, interoperabile con la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, attraverso cui si svolge il ciclo di vita digitale dei contratti.
FVOE	Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico, strumento per l'acquisizione e la verifica dei requisiti degli operatori economici.
Valore Pubblico (VP)	Miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale e ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder, generato dall'azione dell'amministrazione.

Appendice B – Fonti e documenti di riferimento

Fonti normative primarie e secondarie:

L. 6 novembre 2012, n. 190; D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33; D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39; D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81;

D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (artt. 35-bis, 53, 54, 55-bis e ss.); D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;

D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24; D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 e D.Lgs. 31 dicembre 2024, n. 209; L. 7 agosto 1990, n. 241; L. 13 agosto 2010, n. 136;

D.L. 9 giugno 2021, n. 80 conv. in L. 113/2021, art. 6; D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81; D.M. 30 giugno 2022, n. 132; D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (art. 55); Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 196/2003; CCNL Comparto Funzioni Locali 2022-2024 e CCNL Area Funzioni Locali 2022-2024, sottoscritti il 23 febbraio 2026;

L.R. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2 e L.R. 26 luglio 2013, n. 12.

Atti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione:

PNA 2025, approvato con delibera n. 19 del 28 gennaio 2026, e relativo Allegato n. 1 (schemi esplicativi D.Lgs. 39/2013);

“Indicazioni per la definizione della Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO”, approvate nell'adunanza del 23 luglio 2025;

PNA 2022 (delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) e Aggiornamento 2024;

PNA 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019) e relativo Allegato 1 sulla metodologia di gestione del rischio, e Allegato 2 sulla rotazione;



delibera n. 1309/2016 (linee guida accesso civico generalizzato); delibera n. 1310/2016 (obblighi di pubblicazione); delibera n. 177/2020 (codici di comportamento); delibera n. 215/2019 (rotazione straordinaria); delibera n. 840/2018 (poteri del RPCT); delibera n. 1201/2019 (inconferibilità per condanna); Linee guida n. 1/2025 sui canali interni di segnalazione whistleblowing (delibera n. 478 del 26 novembre 2025, che si aggiungono, senza sostituirle, alle Linee guida sulle segnalazioni esterne di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, da ultimo modificata dalla delibera n. 479 del 26 novembre 2025); Linee guida n. 1/2024 sul pantouflage (delibera n. 493 del 25 settembre 2024); deliberazioni n. 261 e n. 264/2023 (come modificata dalla n. 601/2023) sulla trasparenza dei contratti pubblici.

Documentazione aziendale:

Statuto di ASP Azalea adeguato alla L.R. 12/2013; Regolamento di organizzazione; Regolamento di contabilità; Regolamento per il funzionamento dell'Assemblea;

Regolamento per la disciplina degli incarichi extra-istituzionali; Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi; Regolamento per l'esecuzione di lavori in economia (da adeguare al D.Lgs. 36/2023); Regolamento sulla mobilità interna; Regolamento sull'orario di lavoro;



3

SEZIONE · IN SINTESI

Questa sezione riguarda le persone e l'organizzazione che rendono possibili i servizi. Spiega prima com'è strutturata l'Azienda — gli organi di governo, la direzione e l'articolazione in aree e servizi, con l'organigramma — poi come è disciplinato il lavoro agile, e infine di quali professionalità l'Azienda avrà bisogno nel triennio: il piano dei fabbisogni di personale, con le assunzioni programmate e le posizioni ancora da coprire. Chiude la sezione il piano delle azioni positive, dedicato alle pari opportunità e al benessere di chi lavora in ASP Azalea. In poche parole: chi fa funzionare i servizi, come è organizzato e di quali persone servirà ancora.



Sezione 3 — Organizzazione e capitale umano

Premessa

Se la Sezione precedente dice dove l'Azienda vuole andare, questa dice con chi e come. In un'azienda di servizi alla persona l'organizzazione non è una cornice amministrativa: il servizio è fatto di persone che lo erogano, e la qualità di ciò che arriva all'utente dipende da quante sono, da come sono organizzate, da quanto sono preparate e da quanto restano. È qui che la programmazione incontra il suo vincolo più concreto, ed è per questo che questa Sezione va letta come il rovescio della precedente e non come un allegato tecnico.

La struttura organizzativa apre la Sezione. ASP Azalea è un ente privo di personale dirigenziale: le funzioni gestionali sono esercitate dal Direttore e dai titolari di incarichi di Elevata Qualificazione preposti ai servizi. Non è una particolarità formale, perché condiziona il modo in cui gli obiettivi vengono assegnati e verificati. Negli ultimi anni l'attività gestionale è stata progressivamente decentrata sui responsabili di servizio, superando la precedente concentrazione sulla figura del Direttore, e l'assetto vigente ha separato le funzioni amministrative da quelle contabili, dotando ciascuna di un proprio presidio. La sottosezione 3.1 dà conto di questo assetto — organi, direzione, articolazione in settori e servizi, organigramma — e costituisce la mappa alla quale tutto il resto del Piano rinvia quando parla di responsabilità.

Il lavoro agile è trattato subito dopo. In un'Azienda in cui la maggior parte del personale opera in servizi assistenziali a ciclo continuo, il lavoro da remoto non è una scelta di politica del personale che si possa estendere a piacere: riguarda le sole attività amministrative, di back-office e di coordinamento che possono essere svolte a distanza senza pregiudizio per la continuità dei servizi. Proprio per questo la sottosezione 3.2 non lo presenta come un beneficio individuale, ma come una fra le leve della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, assumendo l'impegno di garantire al personale turnista — cui la modalità agile è preclusa — strumenti equivalenti, calibrati sulla turnistica.

Il piano dei fabbisogni di personale è la parte più esposta, perché tocca il problema strutturale del settore: reperire e trattenere personale sanitario e assistenziale. La sottosezione 3.3 non è quindi un elenco di assunzioni desiderate, ma la traduzione in professionalità, numeri e tempi degli obiettivi della Sezione precedente. Se l'obiettivo è saturare i posti e mantenere gli accreditamenti, servono le dotazioni previste dagli standard regionali; se l'obiettivo è l'equilibrio economico, quelle stesse dotazioni devono restare sostenibili. Il piano comprende anche la programmazione della formazione, che è il modo in cui l'Azienda tiene insieme le due esigenze: personale competente costa meno in termini di errori, di contenzioso e di turnover.

Chiude la Sezione il Piano triennale delle azioni positive. Non è un adempimento di cortesia: in un'organizzazione che lavora su turni, con forte incidenza di profili assistenziali e con una domanda di personale superiore all'offerta del mercato, la conciliazione dei tempi, la prevenzione delle discriminazioni e il clima organizzativo incidono direttamente sulla capacità di trattenere le persone. Il Piano è costruito su un criterio dichiarato di equità interna: a ogni misura di flessibilità pensata per chi svolge attività remotizzabili deve corrispondere una misura equivalente per chi lavora nei servizi a ciclo continuo.

Le quattro parti si tengono insieme in un unico ragionamento: la struttura dice chi risponde di che cosa, il lavoro agile e le azioni positive dicono a quali condizioni le persone lavorano, il piano dei fabbisogni dice se quelle persone ci saranno. È il capitale umano, in un'azienda come questa, la variabile che decide se gli obiettivi di valore pubblico resteranno dichiarazioni o diventeranno servizi.



Riferimenti normativi e conformità — Art. 6 del D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022 sul Piano-tipo; D.Lgs. 165/2001; L. 81/2017 e disciplina del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni; art. 48 del D.Lgs. 198/2006 per le azioni positive; CCNL del Comparto Funzioni Locali; L.R. Emilia-Romagna 2/2003, Statuto aziendale e Regolamento di organizzazione; standard regionali di cui alle DGR 514/2009 e 273/2016; Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e Carta dei Servizi.



3.1

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione mostra come è fatta l'Azienda al suo interno. Presenta gli organi di governo, la Direzione e il modo in cui il lavoro è suddiviso in aree e servizi — dall'assistenza agli anziani e alle persone con disabilità, ai servizi sociali per i minorenni e le famiglie, fino ai servizi amministrativi e tecnici —, con l'aiuto dell'organigramma. In sostanza: chi fa che cosa e come le diverse parti si tengono insieme.



Sottosezione 3.1 — Struttura organizzativa

La presente sottosezione descrive l'assetto istituzionale e organizzativo di ASP Azalea, al quale si collegano l'organizzazione del lavoro agile (sottosezione 3.2) e il piano triennale dei fabbisogni di personale (sottosezione 3.3). Per gli elementi identificativi e di governo si rinvia alla Scheda anagrafica (Sezione 1).

L'identità e l'assetto istituzionale

ASP Azalea si è costituita come azienda pubblica di servizi alla persona il 1° gennaio 2009, per fusione delle due storiche IPAB «Casa Protetta Albesani» di Castel San Giovanni e «Istituto Enrico Andreoli» di Borgonovo Val Tidone. Con sede legale a Castel San Giovanni, opera in tre sedi — una a Castel San Giovanni (ex Albesani) e due a Borgonovo Val Tidone (ex Andreoli ed ex Ospedale civile) — nelle quali sono collocati i servizi rivolti ad anziani, disabili adulti, malati in fase avanzata di malattia e persone con gravi cerebrolesioni. Coerentemente con lo Statuto, l'Azienda ha ampliato il proprio raggio d'azione oltre gli ambiti tradizionali: dal 2014 gestisce, per conto dei Comuni del sub-ambito Val Tidone e Val Luretta, i servizi sociali rivolti a minori e disabili, ora regolati dal nuovo contratto di servizio vigente dal 1° aprile 2025, cui si aggiungono ulteriori affidamenti nell'area «anziani e adulti in difficoltà».

Riferimenti normativi e conformità — L.R. Emilia-Romagna n. 2/2003 e Statuto di ASP Azalea.

Il sistema di governance e gli organi

Le aziende pubbliche di servizi alla persona sono enti pubblici non economici locali di cui i Comuni si avvalgono per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Nel rapporto con l'Azienda i Comuni esercitano una funzione di proprietà — orientata all'equilibrio economico-finanziario e regolata dallo statuto e dalla convenzione tra i soci — e una funzione di committenza — orientata ai risultati sociali e regolata dal contratto di servizio e dalla carta dei servizi. In attuazione dell'art. 1 della L.R. n. 12/2013, che prevede in ciascun ambito distrettuale un'unica forma pubblica di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, ASP Azalea costituisce l'Azienda del Distretto di Ponente.

Gli organi dell'Azienda sono l'Assemblea dei Soci, l'Amministratore Unico e l'Organo di revisione contabile. L'Assemblea dei Soci, con funzioni di indirizzo e controllo sull'attività aziendale, è composta dai 21 Comuni del Distretto di Ponente. L'Amministratore Unico, che rappresenta l'organo amministrativo e ne detiene la legale rappresentanza, è il dott. Paolo Bianchi, nominato dall'Assemblea dei Soci con deliberazione n. 13 del 10 novembre 2025. L'Organo di revisione contabile è il dott. Andrea Fantini, che vigila sulla regolarità contabile e sulla correttezza della gestione economico-finanziaria dell'Azienda. La direzione è affidata al Direttore, cui è attribuita anche la funzione di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Riferimenti normativi e conformità — L.R. Emilia-Romagna n. 2/2003 e n. 12/2013; Statuto di ASP Azalea; artt. 2403 e 2409-bis del codice civile per l'organo di revisione.

L'articolazione organizzativa

L'assetto organizzativo è stato da ultimo ridefinito dall'Amministratore Unico con Decisione n. 03 del 27 gennaio 2025, allo scopo di accrescerne l'efficienza e l'efficacia: il Servizio amministrativo è stato suddiviso in due servizi distinti — amministrativo e contabile — con l'istituzione dei relativi incarichi di elevata qualificazione, con decorrenza dal 1° febbraio 2025. L'Azienda si articola nella Direzione e nei servizi che presidiano le aree di utenza — anziani, disabili, cure palliative con l'Hospice, minori e famiglie — nonché nei servizi amministrativo, contabile, tecnico e generali. In ciascuna area l'Azienda opera in raccordo con le reti territoriali di riferimento: la rete Anziani governata dal SAA di Ponente, la rete Gravissime disabilità acquisite (GRA.D.A.), la rete delle Cure Palliative e la rete sociale governata dal Distretto di Ponente. L'organigramma vigente è riportato di seguito.



Riferimenti normativi e conformità — *Decisione dell'Amministratore Unico n. 03 del 27/01/2025; art. 6 del D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022 (Piano-tipo).*



3.2

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione descrive il lavoro agile in ASP Azalea. Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) spiega chi può accedere allo smart working, con quali regole e con quali garanzie, tenendo insieme due esigenze: la qualità e la continuità dei servizi da un lato, e la conciliazione tra vita e lavoro delle persone dall'altro. È il modo in cui l'Azienda organizza una modalità di lavoro più flessibile senza mai perdere di vista l'utente.



Sottosezione 3.2 — Organizzazione del lavoro agile (POLA) 2026-2028

La presente sottosezione dà conto dell'organizzazione del lavoro agile e del lavoro da remoto in ASP Azalea. Per gli elementi identificativi e di governo dell'Azienda si rinvia alla Sezione 1 «Scheda anagrafica».

1. Il lavoro agile in ASP Azalea

In un'azienda di servizi alla persona la maggioranza del personale opera in servizi assistenziali a ciclo continuo, per i quali il lavoro agile non è applicabile. Esso riguarda pertanto le attività amministrative, di back-office e di coordinamento remotizzabili, per le quali la prestazione può essere resa a distanza senza pregiudizio per la continuità e la qualità dei servizi all'utenza.

Coerentemente con l'impostazione della Sezione 3 e con il Piano triennale delle azioni positive, il lavoro agile è una delle leve di una più ampia politica di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: al personale turnista, cui la modalità agile è preclusa, l'Azienda assicura strumenti di conciliazione equivalenti, calibrati sulla turnistica e sull'organizzazione dei servizi.

Superata la fase sperimentale legata all'emergenza sanitaria, l'Azienda si è dotata di una disciplina stabile e condivisa del lavoro agile e del lavoro da remoto, definita in sede di contrattazione con la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali. Il presente Piano assume tale disciplina come propria base e ne programma il consolidamento nel triennio, senza introdurre regole nuove o difformi: fino a una diversa intesa sindacale, l'accordo vigente resta il riferimento.

Riferimenti normativi e conformità — L. 81/2017 e D.Lgs. 105/2022; art. 14 L. 124/2015; art. 6 D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022; CCNL Funzioni Locali 2019-2021 (Tit. VI) e 2022-2024; artt. 22, 23 e 24 del C.C.D.I. Funzioni Locali 2023-2025.

2. Attività che possono essere svolte in modalità agile

Il lavoro agile riguarda le sole attività amministrative, contabili, di back-office e di coordinamento che non richiedono la presenza fisica continuativa in sede né il contatto diretto con l'utenza; ne restano escluse le attività di assistenza diretta alla persona e i servizi organizzati in turno.

L'individuazione puntuale delle attività che possono essere svolte in modalità agile non è operata dal presente Piano, ma è definita e aggiornata negli atti aziendali all'uopo previsti con le modalità di confronto sindacale di cui all'art. 22, comma 5, del C.C.D.I. — cui integralmente si rinvia.

Riferimenti normativi e conformità — art. 22, comma 5, del C.C.D.I. Funzioni Locali 2023-2025.

3. Condizioni organizzative e tecnologiche

Sul piano organizzativo, la gestione del lavoro agile si fonda su un modello per obiettivi e sui risultati, più che sul controllo della presenza: spetta a ciascun Responsabile di servizio autorizzare le richieste e verificare gli esiti della prestazione, con il coordinamento del Direttore.

Sul piano tecnologico, l'Azienda dispone delle infrastrutture necessarie: rete fissa e wi-fi con accessi protetti, collegamenti VPN per la consultazione delle banche dati e degli archivi digitali, posta elettronica e applicativi fruibili da browser, processi di dematerializzazione documentale e firma elettronica. Il personale in lavoro agile è dotato di strumentazione idonea a operare in sicurezza e nel rispetto della riservatezza dei dati trattati.

La formazione del personale che opera a distanza, sugli strumenti digitali di collaborazione e sui temi della salute e sicurezza, è assicurata secondo la disciplina dell'accordo decentrato.



Riferimenti normativi e conformità — art. 24 del C.C.D.I. Funzioni Locali 2023-2025.

4. Soggetti e responsabilità

La gestione del lavoro agile coinvolge, con ruoli distinti:

- il Direttore, cui competono l'indirizzo complessivo, l'adozione del Piano nell'ambito del PIAO e il coordinamento generale;
- i Responsabili di servizio, cui spetta autorizzare le domande, sottoscrivere e gestire gli accordi individuali e verificare i risultati;
- l'Ufficio personale, che cura la gestione amministrativa degli accordi e le rilevazioni essenziali;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione, nell'ambito del ciclo della performance;
- la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali, per le materie demandate dalla contrattazione e dal confronto.

5. Modalità di attuazione del lavoro agile e del lavoro da remoto

L'attivazione e lo svolgimento della prestazione — accesso volontario su domanda del dipendente e autorizzazione del Responsabile, accordo individuale in forma scritta, prevalenza della prestazione in presenza, fasce di contattabilità e disconnessione, ipotesi di richiamo in sede — sono compiutamente disciplinati dagli articoli 22 (lavoro agile) e 23 (lavoro da remoto) del C.C.D.I., cui integralmente si rinvia.

Il lavoro da remoto si svolge con limite di tempo, di norma presso il proprio domicilio, con piena garanzia dei riposi, delle pause, dei permessi orari, del buono pasto sostitutivo ove previsto e del trattamento economico.

Riferimenti normativi e conformità — artt. 18, 19 e 21 della L. 81/2017; artt. 22 e 23 del C.C.D.I. Funzioni Locali 2023-2025.

6. Diritto alla disconnessione, salute e sicurezza

La prestazione agile è articolata in una fascia di contattabilità, di durata non superiore all'orario medio giornaliero, e in una fascia di inoperabilità comprensiva del riposo di undici ore consecutive e del periodo notturno tra le 22:00 e le 6:00, nella quale il lavoratore non è tenuto ad alcuna prestazione né alla connessione al sistema informativo dell'Ente. L'Azienda adotta le misure necessarie a garantire l'effettività della disconnessione e assicura la formazione e l'informativa in materia di salute e sicurezza per chi opera in modalità agile e da remoto, secondo la disciplina dell'accordo decentrato.

Riferimenti normativi e conformità — art. 22, commi 10, 11 e 14, e art. 24 del C.C.D.I. Funzioni Locali 2023-2025; art. 66 del CCNL Funzioni Locali 2019-2021.

7. Obiettivi del triennio 2026-2028

Nel triennio l'Azienda si propone di:

- consolidare l'applicazione della disciplina vigente e standardizzare gli accordi individuali;
- assicurare l'aggiornamento periodico, a cura dei Responsabili di servizio e nei relativi atti, dell'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile;
- mantenere e, ove possibile, ampliare gli applicativi e i servizi fruibili da remoto in condizioni di sicurezza;
- assicurare la formazione essenziale del personale in lavoro agile sugli strumenti digitali e sulla salute e sicurezza;



- garantire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro senza pregiudizio per la qualità e la continuità dei servizi, in raccordo con il Piano triennale delle azioni positive.

8. Verifica e aggiornamento del Piano

La verifica dell'attuazione è condotta in forma semplice e sostenibile, utilizzando le informazioni già in possesso dell'Ufficio personale, senza introdurre nuovi e gravosi sistemi di rilevazione. A tal fine si assumono due indicatori essenziali, alimentati dai dati ordinariamente disponibili: (i) numero di accordi individuali di lavoro agile attivi nell'anno; (ii) numero di giornate di lavoro agile complessivamente fruite nell'anno. Entrambi sono rilevati dall'Ufficio personale e se ne dà conto, una volta l'anno, nell'ambito della rendicontazione del PIAO e del ciclo della performance.

Il Piano è aggiornato annualmente nell'ambito del PIAO e comunque adeguato alle modificazioni della normativa e della contrattazione. Ogni revisione della disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto concordata con le Organizzazioni Sindacali comporta il corrispondente aggiornamento della presente sottosezione; fino a tali modificazioni la disciplina vigente resta invariata.

Riferimenti normativi e conformità — art. 6 D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022.



3.3

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione risponde a una domanda concreta: di quali persone avrà bisogno l'Azienda nei prossimi tre anni. È il piano delle assunzioni. Spiega quali profili servono e perché, quali posizioni restano ancora da coprire e con quali strade si procederà — mobilità, concorsi pubblici, scorrimento delle graduatorie o forme flessibili per le esigenze temporanee. In poche parole, come l'Azienda intende assicurarsi le competenze necessarie per far funzionare i servizi.



Sottosezione 3.3 — Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale traduce sul piano organizzativo la missione richiamata nella Scheda anagrafica: assicurare, per conto dei ventuno Comuni soci del Distretto di Ponente e in raccordo con essi, la continuità dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari resi nelle tre sedi aziendali di Castel San Giovanni e Borgonovo. La programmazione è orientata a mantenere i requisiti di accreditamento e gli standard di personale delle strutture per anziani, per le persone con disabilità e per i minorenni, dell'Hospice e del Centro per le Famiglie, nonché a presidiare i servizi amministrativi, contabili, tecnici e generali, compreso il magazzino centrale. Essa è coerente con gli obiettivi di valore pubblico e con gli obiettivi di struttura sviluppati nella Sezione 2, cui fornisce la necessaria dotazione di competenze e professionalità.

Riferimenti normativi — art. 6 del D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021) e D.M. 132/2022 (Piano-tipo); D.P.R. 81/2022; art. 6, commi 2-4, e art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001.

La consistenza del personale

Alla data del 31 dicembre 2025 il personale dipendente ammontava a 161 unità — 155 a tempo indeterminato e 6 a tempo determinato — cui si aggiungevano 11 lavoratori somministrati, per un totale di 172 addetti. Al 30 giugno 2026 la consistenza saliva a 163 dipendenti e 11 somministrati, per 174 unità complessive. Il raffronto tra le due date evidenzia il rafforzamento dell'Area dei Funzionari e dell'Elevata Qualificazione, passata da 38 a 53 unità per effetto delle progressioni verticali e dei concorsi conclusi, a fronte della riduzione dell'Area degli Istruttori e dell'Area degli Operatori Esperti. Le tabelle seguenti riepilogano la ripartizione del personale per area di servizio e per area professionale.

Personale in servizio per area di servizio al 31 dicembre 2025

Area di servizio	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area assistenza	142	6	8
Area amministrativa	7	0	1
Area tecnica	6	0	2
Totale	155	6	11

Personale in servizio per area professionale al 31 dicembre 2025

Area professionale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area dei Funzionari e E.Q.	38	5	0
Area degli Istruttori	21	0	2
Area degli Operatori Esperti	94	1	9
Area degli Operatori	2	0	0
Totale (161 dipendenti + 11 somministrati = 172)	155	6	11

Personale in servizio per area professionale al 30 giugno 2026

Area professionale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Somministrati
Area dei Funzionari e E.Q.	53	5	0
Area degli Istruttori	16	0	2
Area degli Operatori Esperti	86	1	9
Area degli Operatori	2	0	0
Totale (163 dipendenti + 11 somministrati = 174)	157	6	11



* Il dato comprende anche il Direttore in servizio fino al 30 giugno 2026 e collocato in quiescenza dal 1° luglio 2026, distinto dal Direttore in carica dal 1° aprile 2026. Riferimenti normativi — art. 6, comma 2, del D.Lgs. 165/2001; comunicazione al Sistema conoscitivo del personale (SICO) e pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

Il quadro di programmazione strategica

La definizione dei fabbisogni muove da un'analisi al tempo stesso quantitativa e qualitativa: da un lato il corretto dimensionamento delle strutture in funzione dei servizi erogati e dei parametri di accreditamento, dall'altro l'individuazione dei profili e delle competenze necessari, anche in relazione all'evoluzione delle professioni socio-sanitarie e alla digitalizzazione dei processi. La copertura dei fabbisogni è perseguita in via prioritaria attraverso la valorizzazione delle risorse interne — mobilità interna e progressioni verticali — e, per il reclutamento esterno, mediante concorsi pubblici, previa attivazione della mobilità volontaria e delle procedure di ricollocazione, oltre allo scorrimento delle graduatorie vigenti e, per le esigenze temporanee, al ricorso alle forme di lavoro flessibile.

L'evoluzione negli anni:

Profilo professionale	PIAO 2022-2024 (Dec. 97 del 04/05/2022 + inform. sind. 14/09/2022)	Piano 2023-2025	Piano 2024-2026	Piano 2025-2027 (maggio 2025)	Piano 2025-2027 – Agg. 4 (ottobre 2025)	Situazione reale (verificata ago 2026)
Assistente sociale (Cat. D / Funz. EQ)	Concorso bandito 2022 per 4 posti; previste ulteriori 4 unità (1 servizio sociale ASP + 3 conv. "Progetto povertà")	Graduatoria in via di esaurimento; eventuale nuovo concorso	Prioritariamente concorso pubblico + utilizzo graduatoria	Concorso in fase di espletamento	Non più incluso nell'elenco coperture dell'aggiornamento	COPERTO (posto strutturale) - Concorso a T.I. per 2 posti concluso (graduatoria 05/2025, det. 177/2025).
OSS (Cat. B/B3 / Area Operatori Esperti)	8 posti (6 TP + 2 PT 24/36) - concorsi banditi; + 2 posti TP da graduatoria (concluso)	Concorso espletato; al momento nessun altro concorso	Prioritariamente concorso + graduatoria	Graduatoria in vigore non ancora esaurita	APERTO: copertura 9 posti (6 TP + 3 PT 30/36)	COPERTO - Concorso 5 posti concluso (graduatoria 11/05/2026); ulteriori coperture da scorrimento graduatorie
Infermiere (Cat. D / Funz. EQ)	Concorso bandito 2022 per 2 posti; assunzione prevista 3 unità	Da bandire per 1 posto vacante	Prioritariamente concorso + graduatoria	Concorso espletato; NUOVO concorso per 5 posti	APERTO: copertura 5 posti	COPERTO - Concorso 5 posti concluso (graduatoria 04/03/2026); in precedenza 5 posti 2024 (grad. 02/2025)
Fisioterapista (Cat. D / Funz. EQ)	Da bandire per 2 posti PT 15/36	Da bandire 1 posto TP + 2 posti PT 15/36	Al momento non previsti concorsi	Concorso in fase di espletamento	APERTO: copertura 3 posti (2 TP + 1 PT 15/36)	COPERTO nel 2026 - Concorso 3 posti concluso (graduatoria 25/02/2026), dopo l'ESITO NEGATIVO del concorso 2025 (det. 178/2025)
Educatore (Cat. C / poi Area Istruttori-Funz.)	(2023) Da bandire 2 posti - conv. "Progetto povertà"	Da bandire 2 posti - conv. "Progetto povertà"	Al momento non previsti concorsi	Non previsto tra i concorsi	APERTO: copertura 2 posti (1 TP + 1 PT)	COPERTO - Concorso 2 posti concluso (graduatoria 18/03/2026)



Profilo professionale	PIAO 2022-2024 (Dec. 97 del 04/05/2022 + inform. sind. 14/09/2022)	Piano 2023-2025	Piano 2024-2026	Piano 2025-2027 (maggio 2025)	Piano 2025-2027 – Agg. 4 (ottobre 2025)	Situazione reale (verificata ago 2026)
Istruttore amm.vo- contabile (Cat. C / Area Istruttori)	—	Non previste assunzioni; eventuale utilizzo graduatoria (det. 49/2021)	In previsione copertura di 2 posti	Non presente	APERTO: copertura 1 posto	COPERTO - Concorso 1 posto concluso (grad. definitiva 04/03/2026); in precedenza 2 posti nel 2024
Istruttore Direttivo Contabile (Funz. EQ)	—	—	NUOVO - concorso pubblico	Concorso pubblico per 1 posto	APERTO: copertura 1 posto	ANCORA APERTO - posto attualmente NON assegnato La mobilita' volontaria art.30 (nov 2025) e' stata revocata con det. 152/2026 (05/05/2026); nessuna procedura di copertura attualmente in corso.
Istruttore tecnico (Area Istruttori)	—	—	—	NUOVO - concorso pubblico per 1 posto	APERTO: copertura 1 posto	Procedura di mobilita' volontaria art.30 CONCLUSA: candidato idoneo, richiesta di assunzione formulata ma DECLINATA. Posto strutturale non coperto in via permanente; attualmente ricoperto da un lavoratore SOMMINISTRATO (temporaneo).
Magazziniere (Area Operatori Esperti)	—	—	—	Non presente (in dotazione organica)	NUOVO - APERTO: copertura 1 posto	ANCORA APERTO - concorso 1 posto: candidature chiuse (04/2026) ma graduatoria non ancora pubblicata. Posto da assegnare
Applicato (Area Operatori Esperti)	—	—	—	Non presente (in dotazione organica)	NUOVO - APERTO: copertura 1 posto	ANCORA APERTO - posto NON coperto; nessun concorso bandito.
Progressione verticale in deroga - Educatore (Istruttori→Funz. EQ)	—	—	—	—	NUOVO - 8 posti	CONCLUSA - progressione verticale in deroga andata a buon fine: tutti e 8 gli educatori assunti/inquadrati nei nuovi livelli.
Progressione verticale in deroga - RAA (Oper. Esperti→Istruttori)	—	—	—	—	NUOVO - 2 posti	CONCLUSA - progressione verticale in deroga andata a buon fine: 3 RAA assunte/inquadrate



Profilo professionale	PIAO 2022-2024 (Dec. 97 del 04/05/2022 + inform. sind. 14/09/2022)	Piano 2023-2025	Piano 2024-2026	Piano 2025-2027 (maggio 2025)	Piano 2025-2027 – Agg. 4 (ottobre 2025)	Situazione reale (verificata ago 2026)
N° 1 RAA (Area Istruttori)	—	—	—	—	AVVIATA MOBILITA'	ANCORA APERTO: Procedura di mobilità esperita, proposta non accettata. Posto tuttora vacante

Riferimenti normativi — art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001 e Linee di indirizzo del Ministro per la P.A. dell'8 maggio 2018; D.M. 22 luglio 2022; art. 22, comma 15, del D.Lgs. 75/2017; artt. 30, 34-bis, 35 e 36 del D.Lgs. 165/2001.

Le necessità assunzionali del triennio

Nel triennio 2026-2028 la programmazione assunzionale è finalizzata a consolidare i servizi presidiati e a coprire le posizioni rimaste scoperte. Per i servizi generali si conferma la necessità di un addetto al magazzino centrale, per il quale è già stata avviata nel 2026 la procedura concorsuale. Per l'area dell'assistenza permane l'esigenza di un Responsabile delle Attività Assistenziali. Sul versante amministrativo-tecnico si programmano un istruttore tecnico contabile e la ripresa della copertura di un istruttore tecnico, posizione oggi presidiata mediante somministrazione a seguito della rinuncia del candidato individuato in mobilità. Il consolidamento del Centro per le Famiglie, coerente con l'obiettivo M5 della Sezione 2, richiede l'inserimento di uno psicologo con funzioni di coordinamento e di un educatore. Per l'area disabili, in linea con l'obiettivo M6 e con la ricognizione operativa delle strutture, si prevede per il 2027 il rafforzamento dell'organico OSS della CSRR Camelot per l'adeguamento ai parametri, la sostituzione di un operatore collocato in quiescenza presso la Comunità Il Giardino e l'inserimento di un educatore a tempo parziale, con possibile contestuale rimodulazione della dotazione OSS. Il prospetto seguente riepiloga i profili, il relativo inquadramento e le modalità di reclutamento.

Profilo professionale	Area / Categoria	Posti	Tempo	Dotazione	Modalità di reclutamento	Annualità
Addetto al magazzino (magazziniere)	Area degli Operatori Esperti	1	Pieno	Servizi di supporto/magazzino	Concorso pubblico — art. 35, c. 1, lett. a), D.Lgs. 165/2001. Procedura avviata con bando del 24/03/2026, in corso di conclusione POSTO VACANTE	2026
Addetto al Guardaroba	Area degli Operatori	1	Pieno	Servizi di supporto CRA/Guardaroba	Mobilità interna ai sensi del vigente Regolamento aziendale sulla mobilità interna; in subordine, concorso pubblico — art. 35, c. 1, lett. a), D.Lgs. 165/2001, ovvero scorrimento di graduatoria vigente — art. 35, c. 5-ter: POSTO VACANTE PER QUIESCENZA	2026



Profilo professionale	Area / Categoria	Posti	Tempo	Dotazione	Modalità di reclutamento	Annualità
Infermiere	Area dei Funzionari e E.Q.	3	Tempo Pieno	CRA Albesani	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; copertura di 3 posti a tempo determinato	2026-2027
Responsabile Attività Assistenziali (R.A.A.)	Area degli Istruttori	1	Pieno	CRA Albesani	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; POSTO VACANTE	2026-2027
Istruttore tecnico contabile	Area degli Istruttori	1	Pieno	Area Contabilità	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; POSTO VACANTE	2026-2027
Istruttore Direttivo Contabile	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Pieno	Area Contabilità	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001;. POSTO VACANTE	2026-2027
Istruttore tecnico	Area degli Istruttori	1	Pieno	Supporto generale	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; Posto attualmente coperto mediante lavoro somministrato — art. 36, c. 2	2026-2027
Psicologo / Coordinatore — Centro per le Famiglie	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Pieno	Centro per le Famiglie	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; PRESENTE DA CONVENZIONE CON DISTRETTO	2026-2027



Profilo professionale	Area / Categoria	Posti	Tempo	Dotazione	Modalità di reclutamento	Annualità
Educatore — Centro per le Famiglie	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Pieno	Centro per le Famiglie	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; PRESENTE DA CONVENZIONE CON DISTRETTO	2026-2027
Assistente Sociale	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Pieno	Progetto Povertà	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001; POSTO VACANTE PER DIMISSIONI	2026-2027
OSS — area disabili, CSRR Camelot- CRA	Area degli Operatori Esperti	3	Pieno	CSRR Camelot CRA Albesani	Art. 34-bis D.Lgs. n° 165/2001; art. 30 D.Lgs. n° 165/2001; art. 35, c.1 lett. a) D. Lgs. n° 165/2001; art. 35, c. 3-bis; c.5-ter D. Lgs. n° 165/2001;	2026-2027
OSS — area disabili, Comunità Il Giardino	Area degli Operatori Esperti	1	Pieno	Comunità Il Giardino	Scorrimento della graduatoria entro il termine di validità — art. 35, c. 5-ter, D.Lgs. 165/2001; in subordine, concorso pubblico — art. 35, c. 1, lett. a)	2027
Educatore — area disabili, Il Giardino / La Cirenaica	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Parziale 18/36	Comunità Il Giardino/ appartamenti La Cirenaica	Scorrimento della graduatoria entro il termine di validità — art. 35, c. 5-ter, D.Lgs. 165/2001; in subordine, concorso pubblico — art. 35, c. 1, lett. a)	2027
Profilo professionale	Area / Categoria	Posti	Tempo	Dotazione	Modalità di reclutamento	Annualità
Tempo determinato / Sostituzioni						
Assistente Sociale	Area dei Funzionari e E.Q.	1	Pieno/ Tempo Determinato	Servizio Sociale Territoriale	Selezione pubblica per titoli e colloquio a tempo determinato — art. 36, D.Lgs. 165/2001, per sostituzione di personale assente con diritto alla conservazione del posto.	2026

Per le esigenze temporanee e le sostituzioni, in particolare nell'area Anziani, nell'area disabili e nel Servizio Sociale Territoriale si conferma il ricorso a selezioni a tempo determinato e alla somministrazione; si dà atto che la selezione a tempo determinato per assistente sociale del luglio 2026 si è conclusa senza esito e sarà riavviata.

Riferimenti normativi — art. 35 del D.Lgs. 165/2001 per il reclutamento; artt. 30 e 34-bis per la mobilità e la ricollocazione; art. 36 per il lavoro flessibile.



La sostenibilità finanziaria

Trattandosi di Azienda pubblica di servizi alla persona che gestisce servizi socio-assistenziali, alla programmazione non si applica il meccanismo di capacità assunzionale previsto per i Comuni; la sostenibilità è assicurata dal principio di contenimento dei costi del personale in misura coerente con la quantità dei servizi erogati, nell'ambito dell'esclusione dai limiti assunzionali riconosciuta alle ASP. Le assunzioni programmate trovano copertura negli stanziamenti del bilancio pluriennale di previsione 2026-2028; la relativa spesa e la sua sostenibilità sono soggette alla verifica dell'Organo di revisione.

Riferimenti normativi — art. 18 del D.L. 112/2008 e art. 4, comma 12-bis, del D.L. 66/2014; art. 3 della L.R. Emilia-Romagna n. 12/2013 e L.R. n. 2/2003; inapplicabilità dell'art. 33 del D.L. 34/2019.

Gli obiettivi di formazione

Il piano di formazione accompagna la programmazione assunzionale perseguendo il completamento dell'alfabetizzazione digitale di tutti i profili, lo sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche e trasversali e l'affiancamento dei nuovi inserimenti e del personale interessato dalle progressioni, in continuità con gli obiettivi di sviluppo delle competenze della Sezione 2.

Riferimenti normativi — art. 6 del D.L. 80/2021 (conv. L. 113/2021).



3.4

SOTTOSEZIONE · IN SINTESI

Questa sottosezione riguarda le condizioni in cui le persone lavorano. Il Piano delle azioni positive programma le misure per le pari opportunità, il contrasto alle discriminazioni e il benessere organizzativo, con una scelta di metodo dichiarata: meno enunciazioni di principio e più azioni definite, ciascuna con destinatari, responsabilità, tempi, costi e indicatori. Il criterio che le tiene insieme è l'equità interna — a ogni misura di flessibilità pensata per chi svolge attività remotizzabili deve corrispondere una misura equivalente per chi lavora nei servizi a ciclo continuo, dove il lavoro agile non è applicabile.



Sottosezione 3.4 — Piano triennale delle azioni positive 2026-2028

ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198

Il benessere organizzativo e le pari opportunità sono parte integrante della performance organizzativa dell'Azienda e del capitale umano su cui poggia l'OVP 3 — Equilibrio: la continuità dei servizi dipende anche dalla salute dell'organizzazione e dalla capacità di valorizzare le persone. Il presente Piano costituisce la sottosezione del PIAO dedicata alle azioni positive; i suoi esiti concorrono alla valutazione della performance organizzativa.

Premessa

Le pubbliche amministrazioni sono chiamate a garantire pari opportunità, benessere organizzativo e assenza di ogni forma di discriminazione quali condizioni di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, oltre che quali diritti delle lavoratrici e dei lavoratori. Il Piano triennale delle Azioni Positive è lo strumento con cui l'Azienda programma, in modo concreto e verificabile, le misure dirette a rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro.

Rispetto al Piano precedente, il presente documento compie una scelta di metodo: meno enunciazioni di principio e più azioni definite, ciascuna con destinatari, responsabilità, tempi, costi e indicatori di monitoraggio. Le azioni non istituiscono nuovi diritti soggettivi: danno attuazione organizzativa a istituti già previsti dalla legge e dal CCNL Funzioni Locali, colmando la distanza — spesso rilevante — tra ciò che le norme consentono e ciò che il personale conosce e utilizza effettivamente.

Una seconda scelta di metodo riguarda l'equità interna. In un'Azienda di servizi alla persona la grande maggioranza del personale opera in servizi assistenziali a ciclo continuo, per i quali gli strumenti di flessibilità più noti (a partire dal lavoro agile) non sono applicabili. Il Piano assume perciò come criterio trasversale che ogni misura di conciliazione pensata per il personale con attività remotizzabili trovi un equivalente, calibrato sulla turnistica e sull'organizzazione dei servizi, per il personale che opera in presenza. La conciliazione non è un beneficio per pochi profili amministrativi: è una politica per tutta l'organizzazione.

Quadro normativo essenziale

Il Piano è adottato ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 198/2006 (Codice delle pari opportunità), che impone a ciascuna amministrazione la predisposizione di piani triennali di azioni positive, e si colloca nel quadro definito da:

artt. 3, 37 e 51 della Costituzione; D.Lgs. 165/2001, artt. 1, 7 e 57, come modificati dalla L. 183/2010 (parità, pari opportunità, assenza di ogni forma di discriminazione diretta e indiretta, benessere organizzativo);

D.Lgs. 198/2006, artt. 42 e 48 (nozione di azioni positive quali misure temporanee speciali e obbligo di pianificazione triennale);

D.Lgs. 81/2008, art. 28 (valutazione dei rischi comprensiva di quelli connessi allo stress lavoro-correlato e alle differenze di genere ed età);

D.Lgs. 150/2009 (raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità quale ambito della performance organizzativa);

Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2/2019 (misure per promuovere le pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni), che individua gli ambiti di intervento cui il presente Piano si conforma;



L. 81/2017 e D.Lgs. 105/2022 (lavoro agile e priorità di accesso per esigenze di cura); art. 14 L. 124/2015 e art. 6 D.L. 80/2021 (conciliazione e sezione lavoro agile del PIAO);

CCNL Funzioni Locali vigenti, con particolare riguardo agli istituti dell'orario di lavoro, della flessibilità, del lavoro agile e da remoto, delle ferie e dei riposi solidali.

Per l'excursum normativo completo si rinvia al Piano 2022-2024, i cui contenuti di inquadramento restano validi e non vengono qui riprodotti.

Il contesto aziendale e gli esiti del Piano precedente

ASP Azalea è un'azienda pubblica di servizi alla persona costituita ai sensi della L.R. Emilia-Romagna 2/2003, che gestisce servizi per anziani, disabili e minori. L'organizzazione presenta una presenza femminile largamente maggioritaria. Al 31 dicembre 2025, le persone di genere femminile impiegate in ASP Azalea erano pari al 90,74% della intera forza lavoro.

I precedenti piani, hanno definito obiettivi generali — tutela da molestie e discriminazioni, pari opportunità nel reclutamento e nella formazione, flessibilità oraria e lavoro agile per esigenze di conciliazione — che hanno orientato la gestione ordinaria del personale. Il presente Piano ne raccoglie l'impostazione, proseguendo nelle politiche definite allora e trasformando gli obiettivi in azioni specifiche e misurabili.

Gli obiettivi del triennio

Le azioni del Piano si organizzano attorno a tre obiettivi unificanti, che costituiscono la chiave di lettura dell'intero documento e il riferimento per la valutazione dei risultati.

Obiettivo A — Conciliare i tempi, per tutti

Rendere effettivamente conoscibili e fruibili gli strumenti di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, assicurando che il personale turnista — la maggioranza dell'organizzazione — disponga di leve di conciliazione equivalenti, per qualità e prevedibilità, a quelle del personale con attività remotizzabili. Vi concorrono le Azioni 1 e 2.

Obiettivo B — Una cultura condivisa delle pari opportunità

Fare in modo che i principi del Piano vivano nei comportamenti quotidiani di chi organizza il lavoro: responsabili e coordinatori come primo presidio di gestione non discriminatoria delle richieste del personale, e dati di genere come base ordinaria delle decisioni organizzative. Vi concorrono l'Azione 3 e la prassi di monitoraggio di cui al paragrafo «Monitoraggio e dati di genere».

Obiettivo C — Benessere e comunità di lavoro

Rafforzare il senso di appartenenza e la dimensione solidale dell'organizzazione attraverso misure semplici, a costo zero, che rendano tangibile l'attenzione dell'Azienda verso le persone che vi lavorano. Vi concorre l'Azione 4.

Le azioni

AZIONE 1 — Conciliazione vita-lavoro integrata: mappatura degli strumenti e verifica della turnistica

Obiettivo di riferimento: A — Conciliare i tempi, per tutti.

Contesto: Gli strumenti di conciliazione a disposizione del personale sono numerosi ma frammentati tra fonti diverse (D.Lgs. 151/2001, L. 104/1992, CCNL Funzioni Locali, regolamenti interni, sezione lavoro agile del PIAO) e non sempre conosciuti in modo uniforme. Inoltre, nei servizi a ciclo continuo la leva di conciliazione più rilevante non è il lavoro agile — precluso alla maggioranza del personale — ma la qualità della turnistica: prevedibilità, anticipo di pubblicazione,



gestione trasparente di desiderata e scambi. L'azione integra i due piani in un'unica ricognizione, senza modificare alcun istituto.

Descrizione: L'azione si sviluppa in tre passaggi:

- a) Mappatura e vademecum. Ricognizione di tutti gli istituti di conciliazione applicabili al personale (permessi e congedi, flessibilità oraria, banca delle ore, part-time, lavoro agile e lavoro da remoto per le attività remotizzabili, aspettative) e redazione di un vademecum unico interno, in linguaggio semplice, distinto per personale turnista e non turnista, aggiornato annualmente e reso disponibile a tutto il personale. Nel vademecum è ricompresa l'informativa annuale sui sostegni economici esterni per la conciliazione (contributo regionale per la frequenza dei centri estivi a valere sul PR FSE+ e bando INPS "Centri estivi" per gli iscritti alla Gestione unitaria), con le relative scadenze.
- b) Verifica della turnistica in chiave di conciliazione. Analisi, servizio per servizio, delle modalità correnti di costruzione dei turni rispetto a tre parametri di buona prassi: anticipo di pubblicazione del turno mensile; modalità di raccolta e considerazione dei desiderata del personale; procedura e criteri per gli scambi di turno. La verifica si conclude con una breve relazione interna alla Direzione, che dà conto degli scostamenti e delle eventuali misure correttive adottabili senza oneri e senza pregiudizio per la continuità assistenziale (ad esempio: fissazione di un termine minimo interno di pubblicazione dei turni; modulo unico di richiesta scambio; registrazione dei desiderata).
- c) Raccordo con il PIAO. Gli esiti della ricognizione alimentano la sezione lavoro agile del PIAO e l'eventuale aggiornamento della disciplina interna, assicurando che la programmazione del lavoro agile per il personale remotizzabile e l'organizzazione dei turni per il personale dei servizi siano trattate come componenti di un'unica politica di conciliazione.

Destinatari: Tutto il personale; la verifica di cui alla lettera b) riguarda in via prioritaria i servizi a turnazione.

Soggetti coinvolti: Ufficio personale (coordinamento); responsabili di servizio e coordinatori di nucleo (verifica turnistica);

Tempi: Anno 1: mappatura e vademecum. Anno 2: verifica della turnistica e relazione alla Direzione. Anno 3: eventuali misure correttive e aggiornamento del vademecum.

Costi: Nessun onere aggiuntivo (attività interne su istituti già vigenti).

Indicatori: Pubblicazione del vademecum (sì/no); n. servizi oggetto di verifica della turnistica / totale servizi a turnazione; relazione alla Direzione (sì/no); n. misure correttive adottate.

AZIONE 2 — Percorso di rientro da assenze prolungate

Obiettivo di riferimento: A — Conciliare i tempi, per tutti.

Contesto: Le assenze prolungate (congedo di maternità e parentale, congedi ex D.Lgs. 151/2001, aspettative, malattie di lunga durata) interessano in prevalenza il personale femminile e possono tradursi, al rientro, in disallineamento rispetto a procedure, turnistica e novità assistenziali e organizzative, con effetti su sicurezza, benessere e prospettive professionali.

Descrizione: Per le assenze continuative superiori a 5 mesi, al rientro sono assicurati: (a) un colloquio di rientro con il responsabile del servizio, dedicato all'aggiornamento sulle novità organizzative e alla raccolta di eventuali esigenze di conciliazione; (b) un breve affiancamento con un collega esperto per la ripresa delle attività operative, con attenzione alle procedure di sicurezza; (c) la fruizione prioritaria dei moduli formativi obbligatori scaduti o persi durante l'assenza;



(d) per i rientri da congedo di maternità, la consegna di una scheda informativa sugli istituti fruibili nel periodo successivo (riposi giornalieri, congedo parentale anche a ore, priorità di legge nell'accesso al lavoro agile per le attività remotizzabili). Il percorso non incide su inquadramento e mansioni e non costituisce valutazione del dipendente.

Destinatari: Tutto il personale al rientro da assenze continuative superiori alla soglia definita.

Soggetti coinvolti: Responsabili di servizio; Ufficio personale; Ufficio formazione.

Tempi: Attivazione dall'anno 1, a regime nel triennio.

Costi: Nessun onere aggiuntivo.

Indicatori: n. rientri sopra soglia / n. colloqui effettuati; n. affiancamenti attivati; n. schede informative consegnate; disaggregazione per genere.

AZIONE 3 — Formazione breve dei responsabili su pari opportunità e conciliazione

Obiettivo di riferimento: B — Una cultura condivisa delle pari opportunità.

Contesto: La Direttiva n. 2/2019 richiede percorsi informativi e formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione rivolti a tutti i livelli dell'amministrazione. Nelle organizzazioni di servizi alla persona la gestione delle richieste di flessibilità, permessi e congedi da parte dei responsabili è il principale punto di applicazione concreta dei principi del Piano.

Descrizione: Realizzazione, una volta nel triennio e in forma seminariale interna (anche da remoto, durata indicativa 2-3 ore), di un modulo rivolto a Direzione, responsabili di servizio e coordinatori sui seguenti contenuti minimi: quadro degli istituti di conciliazione previsti da legge e CCNL Funzioni Locali; criteri di gestione non discriminatoria delle richieste; cenni al divieto di discriminazioni dirette e indirette e alle molestie sul luogo di lavoro. Il materiale resta a disposizione come vademecum interno e si raccorda con la mappatura di cui all'Azione 1.

Destinatari: Direzione, responsabili di servizio, coordinatori.

Soggetti coinvolti: Ufficio personale/formazione; docenza interna o in convenzione.

Tempi: Un'edizione entro l'anno 2 del triennio.

Costi: Nell'ambito delle risorse del piano formativo annuale; azzerabili con docenza interna.

Indicatori: Realizzazione del modulo (sì/no); n. partecipanti / n. destinatari.

AZIONE 4 — Attivazione operativa delle ferie e dei riposi solidali

Obiettivo di riferimento: C — Benessere e comunità di lavoro.

Contesto: Il CCNL Funzioni Locali prevede l'istituto delle ferie e dei riposi solidali: la cessione volontaria e gratuita, da parte dei dipendenti, di giornate di ferie eccedenti il minimo di legge e delle giornate di festività soppresse, a favore di colleghi che debbano prestare assistenza a figli minori bisognosi di cure costanti per particolari condizioni di salute. Si tratta di un istituto già vigente e senza alcun onere per l'Azienda, che tuttavia resta di fatto inutilizzato ove non siano predisposti gli strumenti operativi e l'informazione al personale.

Descrizione: L'azione consiste nel rendere concretamente fruibile l'istituto attraverso: (a) la predisposizione della modulistica (richiesta del beneficiario con certificazione sanitaria; adesione volontaria dei cedenti); (b) la definizione della procedura interna, nel rispetto delle previsioni contrattuali, ivi compresa la comunicazione al personale dell'esigenza con garanzia di anonimato del richiedente e la ripartizione proporzionale delle giornate offerte; (c) una



comunicazione informativa a tutto il personale sull'esistenza e sul funzionamento dell'istituto, da ripetere annualmente. L'azione dà attuazione a una previsione contrattuale vigente e non introduce alcun trattamento nuovo o aggiuntivo.

Destinatari: Tutto il personale.

Soggetti coinvolti: Ufficio personale.

Tempi: Modulistica e procedura entro l'anno 1; comunicazione annuale a regime.

Costi: Nessuno.

Indicatori: Adozione di modulistica e procedura (sì/no); comunicazione annuale effettuata (sì/no); n. attivazioni dell'istituto (dato eventuale, atteso fisiologicamente basso).

Monitoraggio e dati di genere

Il monitoraggio del Piano è una prassi ordinaria dell'Azienda, non un'azione a sé. Annualmente l'Ufficio personale predispone: (a) l'aggiornamento del prospetto del personale disaggregato per genere, area di inquadramento, tipologia contrattuale e servizio, integrato dai dati sulla fruizione dei congedi parentali e dei permessi ex L. 104/1992, sulla partecipazione alla formazione e sugli incarichi, per genere; (b) una sintetica relazione sullo stato di attuazione delle azioni, con la valorizzazione degli indicatori previsti da ciascuna scheda.

Il prospetto e la relazione sono presi a riferimento per l'aggiornamento annuale del Piano nell'ambito del PIAO. Gli esiti del monitoraggio concorrono altresì, per quanto di competenza, alla valutazione della performance organizzativa ai sensi del D.Lgs. 150/2009.

Durata, aggiornamento e pubblicità

Il Piano ha durata triennale ed è aggiornato annualmente, anche in relazione agli esiti del monitoraggio e alle eventuali sopravvenienze normative e contrattuali. Le azioni hanno carattere sperimentale e programmatico: non istituiscono diritti soggettivi e possono essere rimodulate con l'aggiornamento annuale, senza che ciò costituisca peggioramento di trattamenti in godimento.

Il Piano è pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale, portato a conoscenza di tutto il personale mediante comunicazione interna e trasmesso, ove previsto, alla Consigliera di parità territorialmente competente.

La responsabilità dell'attuazione del Piano e delle risorse a esso attribuite è affidata al Direttore e ai Responsabili dei servizi, ciascuno per quanto di competenza.



4

SEZIONE · IN SINTESI

Questa sezione chiude il Piano e risponde all'ultima domanda: come si verifica che quanto programmato accada davvero. Non introduce nuovi obiettivi, nuovi indicatori né rilevazioni ulteriori: descrive le verifiche già previste nelle Sezioni precedenti — sul controllo di gestione per centro di attività, sulle misure di prevenzione della corruzione, sulla trasparenza e sull'organizzazione e il capitale umano — e rinvia a queste per contenuti, target e periodicità. In poche parole: chi controlla che cosa, e a che cosa serve il controllo.



Sezione 4 — Monitoraggio

Il sistema di monitoraggio dell'Azienda è articolato per tipologie di controllo, integrate e complementari, finalizzate a garantire trasparenza, efficacia, efficienza, qualità dei servizi e corretta gestione delle risorse umane e finanziarie. La presente Sezione non introduce nuovi obiettivi, indicatori o rilevazioni: richiama le verifiche già programmate nelle Sezioni precedenti, rinviando a queste per contenuti, target e periodicità.

Controllo di gestione e performance dei servizi

Il controllo di gestione verifica il conseguimento degli obiettivi nel rispetto delle risorse disponibili, considerando risultati economici, qualità dei servizi, soddisfazione degli utenti ed efficienza dei processi.

È esercitato per singolo centro di attività. Per ciascuno sono rilevati costi, ricavi e scostamento dal preventivo, così che il risultato aziendale sia leggibile come somma di risultati riferibili a un responsabile.

Al risultato economico si affiancano, per ciascun centro, gli indicatori di copertura dei posti, di ore erogate sulle ore programmate nella domiciliarità e di dotazione di personale rispetto agli standard regionali, definiti negli obiettivi M1, M2 e M3 e negli obiettivi dei responsabili della Sottosezione 2.2.

La verifica avviene con bilanci periodici e con il monitoraggio dei flussi di cassa, dei tempi di pagamento e dei crediti. Gli esiti sono esaminati dal Gruppo di coordinamento e trasmessi dal Direttore all'Organismo di valutazione; a chiusura di esercizio i responsabili relazionano sull'attività motivando gli scostamenti e l'Organismo di valutazione valida la Relazione sulla performance. Il Revisore Unico esercita il controllo di regolarità contabile.

Il rafforzamento della funzione è programmato negli obiettivi M1, M8 e M10 (consolidamento della contabilità analitica, correlazione tra applicativo gestionale e rendicontazione della spesa sociale, reportistica infrannuale strutturata a regime).

Riferimenti normativi e conformità — D.Lgs. 150/2009 e Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance; art. 11, c. 5, del Regolamento di contabilità; artt. 18, 22 e 23 del Regolamento di organizzazione; DGR 514/2009 e DGR 273/2016; Sottosezioni 2.1 e 2.2 del presente Piano.

Controllo anticorruzione

Contenuti, modalità e periodicità sono stabiliti dalla legge e dalla Sottosezione 2.3, cui si rinvia. Il monitoraggio si svolge su due livelli (§ 13): autocontrollo dei responsabili entro il 31 gennaio sull'anno precedente e verifica del RPCT a campione sui processi a maggiore esposizione. L'oggetto è la programmazione del § 15 per le misure generali e dell'Allegato 1 per le misure specifiche. Gli esiti confluiscono nella relazione annuale del RPCT, trasmessa all'Amministratore Unico e all'Organismo di valutazione e pubblicata, e possono determinare la revisione della valutazione del rischio e delle misure.

Riferimenti normativi e conformità — Art. 1, commi 10 e 14, della L. 190/2012; Allegato 1 al PNA 2019; §§ 13 e 15 e Allegato 1 della Sottosezione 2.3 del presente Piano.

Controllo sulla trasparenza e sulla pubblicazione dei dati

Obblighi, contenuti, periodicità e termini di pubblicazione sono stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 e dalle delibere ANAC, cui il § 11 della Sottosezione 2.3 fa rinvio: il controllo ne verifica l'osservanza. Ciascun responsabile trasmette i dati di competenza al referente per la pubblicazione; il RPCT verifica annualmente a campione completezza e aggiornamento



e riferisce all'Amministratore Unico e all'Organismo di valutazione, che attesta l'assolvimento degli obblighi. Specifica attenzione è riservata al bilanciamento con la protezione dei dati personali (§ 11.4), in raccordo con il Responsabile della protezione dei dati, e alla gestione delle istanze di accesso civico e del relativo registro.

Riferimenti normativi e conformità — D.Lgs. 33/2013, in particolare artt. 5, 6, 7-bis, 10, 43 e 45; delibere ANAC in materia di obblighi di pubblicazione; § 11 della Sottosezione 2.3 del presente Piano.

Controllo sull'organizzazione e sul capitale umano

Il controllo assicura che la gestione del personale sia adeguata alle esigenze dei servizi.

Per i servizi accreditati e sociali riguarda il rispetto delle dotazioni previste dagli standard regionali, condizione per il mantenimento degli accreditamenti, e l'assolvimento degli obblighi formativi: entrambi già presidiati dagli obiettivi M2 e M3 e dalla programmazione della Sottosezione 3.3. Per l'area amministrativa e contabile riguarda l'adeguatezza della dotazione e la continuità delle funzioni, con particolare riferimento alla posizione apicale dell'area economico-finanziaria.

Trasversalmente sono verificati, con cadenza annuale: lo stato di copertura dei posti programmati e il ricorso al lavoro flessibile, con verifica di sostenibilità finanziaria da parte del Revisore; l'attuazione del lavoro agile secondo gli indicatori del § 8 della Sottosezione 3.2; l'attuazione del Piano triennale delle azioni positive, con il prospetto dei dati di genere. Di tali risultanze si dà conto nella rendicontazione annuale del PIAO e del ciclo della performance.

Riferimenti normativi e conformità — Art. 6, commi 2-4, e art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001; D.Lgs. 150/2009; art. 48 del D.Lgs. 198/2006 e Direttiva n. 2/2019; DGR 514/2009 e DGR 273/2016; Sottosezioni 3.2, 3.3 e 3.4 del presente Piano.