

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL COMITATO DI DIREZIONE N. 2 DEL 21/02/2024



## PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2024-2026

PIAO semplificato ai sensi dell'art. 6 DM n. 132 del 30.06.2022

Aggiornamento al 21/02/2024

**Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo**

Sede Legale: Via Pola, 12 20124 Milano Tel. 02/8282.9800 - Fax 02/8282.9805

[acss@pec.regione.lombardia.it](mailto:acss@pec.regione.lombardia.it)

C.F. 97743230159

# Sommario

<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PERFORMANCE .....</b>	<b>4</b>
2.1 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	5
2.1.1 La gestione del rischio .....	5
2.1.2 Il processo di gestione del rischio: l'analisi del contesto esterno .....	6
2.1.3 Il processo di gestione del rischio: analisi contesto interno.....	8
2.1.4 Fasi del processo di gestione del rischio .....	9
2.1.5 Fase 1: mappatura delle aree a rischio di corruzione.....	9
2.1.6 Fase 2: individuazione e analisi delle aree di rischio di corruzione.....	10
2.1.7 Fase 3: valutazione e ponderazione del rischio di corruzione.....	13
2.1.8 Le misure di prevenzione del rischio attuate e programmate .....	14
2.1.9 Codice di comportamento .....	15
2.1.10 Tabella registro rischi e misure.....	16
2.1.11 Trasparenza .....	19
2.1.12 Accesso agli atti e registro degli accessi di ACSS .....	19
2.1.13 Attuazione del GDPR: gestione dei dati.....	20
2.2 PERFORMANCE .....	21
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>22</b>
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	22
3.1.1 Organizzazione, linee di attività e organigramma .....	22
3.1.2 Azioni e misure coerenti con il valore pubblico .....	25
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	27
3.1.3 Condizionalità e fattori abilitanti.....	27
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	28
3.1.4 Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12 dell'anno precedente.....	28
3.1.5 Programmazione strategica delle risorse umane .....	29

# 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

**Ente:** Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo

**Indirizzo:** Via Pola n. 12 – 20124 Milano

**Codice fiscale:** 97743230159

**Legale Rappresentante:** Dott.ssa Paola Palmieri – Direttore Generale (nominata con DGR n. XII/1651 del 21/12/2023)

**Numero dipendenti al 31 dicembre anno precedente:** 14

**Telefono:** 02/8282.9800

**Sito internet:** <https://www.acsslombardia.it/>

**E-mail:** [direzione@acsslombardia.it](mailto:direzione@acsslombardia.it)

**PEC:** [acss@pec.regione.lombardia.it](mailto:acss@pec.regione.lombardia.it)

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 è stato predisposto secondo le modalità semplificate previste dall'art. 6 del DM n. 132 del 30 giugno 2022 - *“Modalità semplificate per le pubbliche amministrazioni con meno di cinquanta dipendenti”* - nonché dallo schema tipo allegato allo stesso Decreto.

## 2. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PERFORMANCE

Il presente PTPCT 2024-2026 si sviluppa secondo le previsioni del PNA 2019 di ANAC, degli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza" approvati dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in data 02/02/2022, del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022, nonché dell'aggiornamento 2023 al PNA 2022 di cui alla Deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023.

In coerenza con gli atti sopra citati, il sistema di prevenzione della corruzione dell'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario (ACSS) è finalizzato a:

- prevenire l'illegalità attraverso la valutazione del livello di esposizione alla corruzione e alla c.d. *mala gestio*;
- valutare le aree generali (individuate da ANAC) e le aree ulteriori (individuate da ACSS) ai fini della misurazione del rischio di corruzione;
- individuare e attuare le misure di prevenzione del rischio in coerenza con il rischio (specifico) intercettato;
- garantire l'idoneità, sia sotto il profilo etico sia sotto il profilo operativo e professionale, dei soggetti chiamati ad operare nelle aree ritenute maggiormente sensibili al rischio di corruzione e illegalità;
- assicurare la trasparenza delle proprie attività e della propria organizzazione in ottemperanza al D. Lgs. 33/2013;
- garantire l'accesso civico e generalizzato in conformità alla normativa di riferimento;
- assicurare l'applicazione del Codice di comportamento vigente;
- prevenire eventuali conflitti di interessi;
- assicurare la puntuale applicazione delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità;
- tutelare il dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).

Con Determinazione del Direttore Generale n. 15 del 02/05/2023 è stato individuato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'Agenzia.

Vengono esplicitate nella presente sezione le strategie della prevenzione della corruzione nel rispetto delle caratteristiche di ACSS e secondo i principi di semplificazioni previsti per gli enti con meno di 50 dipendenti.

Segue la sottosezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza, con riferimento all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati, richiesti dalla normativa vigente (riportati nella sezione del sito web istituzionale denominato "Amministrazione Trasparente"), ai temi dell'accesso (civico e generalizzato) e dell'accessibilità ai dati, alle informazioni e ai documenti di ACSS, messi a disposizione sul portale istituzionale – e la sottosezione dedicata alla Performance.

## 2.1 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### 2.1.1 La gestione del rischio

L'Agenzia, in coerenza con il PNA 2019 e 2022 pianifica la metodologia di gestione del rischio secondo il criterio c.d. "qualitativo" più che "quantitativo".<sup>1</sup>

Nel rispetto del principio di gradualità viene definito il processo di gestione del rischio, previa analisi del quadro di contesto esterno e delle macroaree di attività (fasi e sottofasi) rispetto alle quali sono stati mappati i processi a rischio, per individuare eventuali rischi specifici di corruzione.

Relativamente alla valutazione del rischio, trova applicazione la metodologia di cui all'Allegato 1 del PNA 2019 che prevede un approccio "misto" consistente nella misurazione del grado di rischiosità sia come "valore numerico" sia come "giudizio sintetico".

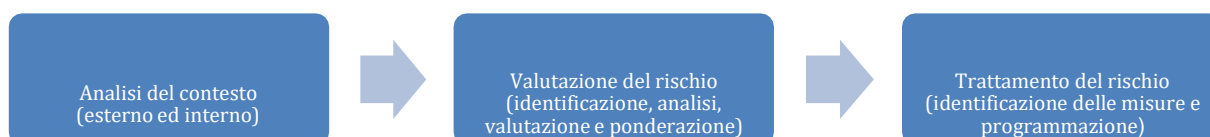
Si conferma anche per il triennio 2024-2026 un approccio proattivo in virtù della peculiare natura di ente di controllo dell'Agenzia conferita dal legislatore regionale.

Il processo di analisi del rischio relativo viene condotto:

- sulla base della normativa di riferimento e delle Linee di indirizzo adottate da ANAC;
- adottando i principi di semplificazione e di proporzionalità invocabili in forza della peculiare natura e della missione istituzionale e dei (ridotti) requisiti dimensionali decretati dal legislatore regionale;
- contemperando gli obblighi adempimentali e la loro sostenibilità sia in termini economici (disponibilità di risorse impiegate) sia in termini pratico-operativi (disponibilità di personale dedicato).

Il soggetto responsabile per la pianificazione, l'esecuzione e il monitoraggio di eventuali iniziative, modifiche e integrazioni al sistema di prevenzione e di gestione del rischio è il RPCT, supportato dai Dirigenti individuati quali "referenti", a loro volta coadiuvati dai relativi collaboratori di area.

Il processo di gestione del rischio viene rivisto e aggiornato con cadenza almeno annuale a cura dell'RPCT, in concomitanza della predisposizione della sezione specifica del PIAO e si sviluppa in modo sequenziale come di seguito rappresentato:



<sup>1</sup> La gestione del rischio è un processo logico sequenziale che va dall'analisi di contesto (esterno e interno) in cui l'ente opera, alla valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) fino al trattamento del rischio (identificazione delle misure di prevenzione e loro programmazione). Tale processo al fine di risultare aderente alla realtà di riferimento deve avvalersi di attività di consultazione e comunicazione e deve essere periodicamente valutato con attività di monitoraggio e riesame.

## 2.1.2 Il processo di gestione del rischio: l'analisi del contesto esterno

Nel dare avvio al processo di gestione del rischio appare consono fare riferimento alla rappresentazione che dello stesso fornisce ANAC nel grafico (tratto dal PNA2019, All. n. 2, pag. 30) che per pronta visione si riporta nel seguito:



Con riferimento al contesto esterno, si riporta di seguito la sintesi tabellare delle relazioni e delle attività intrattenute dall'Agenzia con gli stakeholders esterni, suddividendoli in due macro-categorie: istituzioni pubbliche e gruppi organizzati o singoli cittadini.

ISTITUZIONI PUBBLICHE	Consiglio Regionale	I rapporti che intercorrono tra ACSS, il Consiglio Regionale, la Giunta Regionale e i relativi uffici sono disciplinati dal citato art. 11 della L.R. 33/2009.
	Giunta Regionale	<p>Previo parere della Commissione Consiliare, la Giunta Regionale ha stabilito sede, struttura organizzativa, patrimonio e risorse professionali e finanziarie dell'Agenzia.</p> <p>Il Direttore Generale è nominato dalla Giunta e il Comitato di Direzione è nominato dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale.</p> <p>La Giunta approva il Piano annuale dei controlli e dei protocolli predisposto dall'Agenzia.</p> <p>Ai fini degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, la Presidenza di Regione Lombardia svolge funzioni di "coordinamento e verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione da parte degli enti del Sistema Regionale di cui alla L.R. 30/2006" in attuazione del proprio PTPCT.</p>
	Direzione Generale Welfare (DGW)	ACSS ha un ruolo di coordinamento funzionale delle ATS per le attività di controllo sul SSL che esercita collaborando con la DGW di Regione Lombardia.

ISTITUZIONI PUBBLICHE	Agenzie di Tutela della Salute (ATS)	<p>Le ATS (istituite dalla L.R. 33/2009) attuano la programmazione definita dalla DGW, relativamente al territorio di propria competenza e assicurano i LEA con il concorso di tutti i soggetti erogatori.</p> <p>ACSS in stretta sinergia con le ATS esercita funzioni di livello centrale di controllo.</p> <p>Alle ATS spetta, tra gli altri compiti, anche il ruolo di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e di ACSS attraverso il PCPQ, che è il principale strumento di coordinamento delle attività di controllo.</p> <p>Tutte le funzioni di controllo sugli erogatori presenti nei territori di riferimento delle ATS sono funzionalmente collegate con ACSS.</p> <p>La L.R. 33/2009 stabilisce che <i>"la Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge"</i> (art. 11, comma 7).</p>
	Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC)	<p>L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, istituito dalla l.r. n. 13/2018, modificata dalla l.r. n. 17/2018, è un organismo di controllo di Regione Lombardia.</p> <p>ORAC supporta la Giunta Regionale, gli organi di indirizzo politico del SIREG nonché i rispettivi RPCT (e/o responsabili della funzione audit).</p>
	Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)	<p>ANAC ha, tra gli altri, il compito di adottare il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) che costituisce uno dei pilastri su cui si fonda il sistema di prevenzione della corruzione.</p>
	ARIA S.p.A.  MePA	<p>ARIA S.p.A. (Azienda Regionale per l'innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia) è una società partecipata di Regione Lombardia istituita il 01/07/2019 (l.r. 02/04/2019, n. 6) in cui sono confluite (fusione per incorporazione):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastrutture Lombarde (dal 1° luglio 2020): Sviluppo e coordinamento di progetti strategici per la realizzazione delle più importanti opere infrastrutturali della Lombardia;</li> <li>• ARCA: Centrale Acquisti e Soggetto Aggregatore della Lombardia; fornisce ad ACSS gli strumenti operativi per la gestione degli affidamenti di beni e servizi e la stipula di convenzioni (piattaforma di e-procurement SINTEL e il negozio elettronico NECA);</li> <li>• Lombardia Informatica: principale depositario dei dati sanitari che servono ad ACSS per esercitare la sua missione.</li> </ul> <p>ACSS si avvale della piattaforma elettronica regionale di ARIA per gli acquisti di servizi e forniture e, se del caso, anche della piattaforma nazionale MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione) stipulando contratti (nel caso di affidamenti diretti) ovvero aderendo mediante convenzione ove presenti in conformità alle disposizioni vigenti (c.d. "Regole di Sistema") e in attuazione del proprio PTPCT e delle misure di prevenzione in tema di contratti pubblici e individuazione delle figure e dei ruoli di responsabilità definiti dal D. Lgs. n. 36/2023 t.v. (RUP, DEC).</p>
GRUPPI ORGANIZZATI	Organizzazioni Sindacali	<p>Le relazioni sindacali tra ACSS e le Organizzazioni Sindacali sono gestite dalla Struttura Giuridico e Risorse Umane di ACSS.</p>
CITTADINI SINGOLI O ASSOCIATI	Cittadini	<p>L'attività di ACSS è rivolta a creare valore pubblico a favore della tutela ai cittadini e alle loro associazioni.</p>

### 2.1.3 Il processo di gestione del rischio: analisi contesto interno

L'organizzazione dell'Agenda prevede, per disposizione regionale, una dotazione organica di max 25 unità di personale e, al fine di completare l'organico, l'attività di reclutamento è ancora in corso.

I dirigenti in ACSS (al 31/12/23 in numero di 6) e il personale del comparto (al 31/12/23 in numero di 8), sono chiamati ad assolvere ai propri compiti in osservanza del Codice di comportamento aziendale e in attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza.

Puntuale attenzione è stata rivolta alla cura degli aspetti di sicurezza e adeguatezza delle strumentazioni informatiche a disposizione del personale, al quale sono state fornite adeguate e tempestive istruzioni operative. Nel corso del 2° semestre del 2023 ACSS ha avviato alcune attività propedeutiche per ciò che concerne la normativa GDPR e Sicurezza delle Informazioni relative alla gestione dei dati e degli accessi sicuri verso essi. In data 25 ottobre 2023 con delibera n. 8 è stato approvato il regolamento per la politica della sicurezza delle informazioni e la cyber security di ACSS. Le prime attività hanno comportato la sincronizzazione del nome utente e della password della nuova piattaforma Microsoft 365 con il dominio di ACSS, successivamente nel mese di dicembre è stato attivato il metodo di accesso con Multi Factor Authentication (MFA) per tutti gli accessi esterni alla rete fisica di ACSS, nello stesso periodo è stata attivata la funzionalità di Self Change Password. Nel corso dell'ultimo quadrimestre 2023 sono stati creati gli ambienti nel nuovo Cloud Microsoft 365, in tali ambienti sono stati migrati i dati dell'office automation dai dischi di rete locali (non GDPR compliance) verso il cloud SharePoint, lasciando l'autonomia ai dirigenti di completare tale attività entro il mese di gennaio 2024. Tale migrazione ha portato ACSS verso un innalzamento delle misure tecniche e organizzative in termini di sicurezza delle informazioni, fornendo poi ai dipendenti e collaboratori oltre agli strumenti tecnologici anche delle sessioni formative ed un manuale utente con riportate tutte le principali istruzioni operative relative all'utilizzo di tale nuovo ambiente cloud.

Particolare attenzione è stata altresì riservata agli obblighi di pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti in AT - coinvolgendo tutti i dirigenti di ACSS - e alla formazione obbligatoria di tutto il personale in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza e in tema di trattamento di dati personali. La formazione specifica su tali temi viene inserita nel piano dei fabbisogni formativi ed erogata annualmente, di norma con un corso che viene proposto e coinvolge tutti i dipendenti di ACSS. Inoltre, con il presente documento, al paragrafo 2.1.11 Trasparenza, viene introdotta la procedura per la gestione della pubblicazione dei contenuti nella sezione AT.

In tema di contratti pubblici, il rischio di accadimenti corruttivi è contenuto in ragione sia delle modalità di approvvigionamento di servizi e forniture attraverso piattaforme elettroniche di negoziazione (regionali e nazionali), sia dall'esiguo numero di procedure avviate, di modico importo.



#### **2.1.4 Fasi del processo di gestione del rischio**

Sulla base dell'analisi del contesto esterno ed interno, il processo di gestione del rischio vede la valutazione del rischio ovvero la c.d. "macro-fase" in cui ACSS ha provveduto all'identificazione delle aree a rischio e dei rischi specifici (ove rilevati) per determinare le priorità di intervento.

Il processo di gestione del rischio effettuato si è quindi sviluppato come segue:

- fase 1: mappatura delle aree a rischio di corruzione;
- fase 2: individuazione e analisi delle aree di rischio di corruzione;
- fase 3: valutazione e ponderazione del rischio di corruzione.

#### **2.1.5 Fase 1: mappatura delle aree a rischio di corruzione**

La mappatura delle aree a rischio è svolta tenendo conto delle peculiari caratteristiche di ACSS (dimensioni ridotte, evoluzione normativa regionale, etc.), rispetto ai processi di maggiore impatto e rilevanza, dai Dirigenti di ACSS, coadiuvati dai collaboratori di area, con il coordinamento del RPCT.

La mappatura ha luogo con cadenza triennale, con aggiornamento annuale nel caso di cambiamenti significativi nel flusso di attività e nelle strutture coinvolte o nel caso di aggiunta di attività da mappare, coinvolgendo i dirigenti responsabili delle strutture e aggiornando i vari processi e sottoprocessi, identificando i possibili rischi anti-corruttivi.

Nell'ambito dell'attività formativa, l'Agenzia assicura annualmente lo svolgimento di attività formativa obbligatoria in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per tutto il personale in servizio.

La mappatura delle aree di rischio costituisce la prima fase della gestione del rischio e viene realizzata mediante costante monitoraggio delle macroaree di attività definite "a rischio" con riferimento alle quali viene effettuato il relativo tracciamento (fasi ed eventuali sottofasi di attività) ed anche alle ulteriori aree di competenza specifica con la finalità di prevenire eventuali fattori di opacità.

Partendo dalla legge n. 190/2012 sono state individuate le aree di rischio ed i relativi rischi specifici di corruzione date le peculiari caratteristiche di ACSS (natura giuridica, mission, organizzazione) e la consistenza delle connesse attività effettivamente svolte.

Il "modello 190" di ACSS ha natura "dinamica" poiché risulta funzionale all'esigenza di assicurare, se del caso, gli eventuali e opportuni interventi correttivi, mediante tempestivo approntamento e pronta attuazione di misure di prevenzione ad hoc.

In ragione dell'evolversi del contesto esterno e del contesto interno di riferimento, ACSS declina le proprie attività di rilevazione dei processi secondo una logica di miglioramento continuo e graduale, selettiva ed integrata, orientata ad accrescere il valore pubblico e abbattere il rischio di corruzione e ampliare i benefici della trasparenza.

I risultati di tale attività sono riportati nel "Registro rischi e misure" parte integrante del presente Piano: il livello di rischiosità aggiornato per l'anno 2023 sulla base della rilevazione

condotta nel 2022, con riguardo ai processi più rilevanti, risulta nella maggior parte dei casi “basso”.

In corso di attività, nel caso si rilevino condotte ovvero situazioni “a rischio” si procede mediante approntamento di relativa relazione, a cura del dirigente di riferimento e del personale coinvolto e con il supporto del RPCT. Nel caso si tratti di processi non ricompresi tra quelli mappati, il RPCT provvede all'integrazione del PIAO. Nel caso in cui si tratti di processi mappati, il RPCT supporta il dirigente nella verifica di eventuali del rischio sintetico specifico. In ogni caso, devono essere valutati e concordati eventuali interventi organizzativi a mitigazione del rischio.

## **2.1.6 Fase 2: individuazione e analisi delle aree di rischio di corruzione**

L'analisi delle aree rischio di corruzione è stata effettuata sulla base degli atti amministrativi adottati, degli ambiti organizzativi delle aree classificate a rischio e delle rilevazioni effettuate in passato.

Con riguardo ai processi esaminati, la stima del rischio è stata effettuata utilizzando un approccio qualitativo “misto” che tiene conto della “percezione” dei soggetti coinvolti nel processo a rischio di corruzione secondo cui:

- a) il livello di rischio è stimato in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici argomenti;
- b) tali valutazioni, anche se supportate da dati che consentono di pervenire ad un “punteggio” sintetico di rischiosità del processo, prevedono la loro rappresentazione finale in termini di “giudizio” sintetico di rischiosità (basso, medio, alto) a cura del dirigente, eventualmente commentabile in max di 500 caratteri.

Allo scopo di stimare il livello di rischio, sono stati utilizzati due strumenti che hanno consentito di pervenire alla formulazione di un giudizio sintetico di rischiosità:

- a) il primo strumento di indagine concernente i *fattori abilitanti* individuati che potrebbero agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione con domande rispetto alle quali:
  - la risposta con un punteggio 1 viene equiparata a “fattore che agevola poco il verificarsi del rischio corruttivo”;
  - la risposta con un punteggio 2 viene equiparata “fattore che agevola mediamente il verificarsi del rischio corruttivo”;
  - la risposta con un punteggio 3 viene equiparata fattore che agevola molto il verificarsi del rischio corruttivo”;
- b) il secondo strumento di indagine concernente “Indicatori di rischio” (key risk indicators) cioè delle situazioni oggettive che possono consentire di definire il livello di esposizione con domande alle quali:
  - la risposta con un punteggio 1 viene equiparata a “rischio che agevola poco il verificarsi del rischio corruttivo”;
  - la risposta con un punteggio 2 viene equiparata a “rischio che agevola mediamente il verificarsi del rischio corruttivo”;

- la risposta con un punteggio 3 viene equiparata a "rischio che agevola molto il verificarsi del rischio corruttivo".

In particolare, sono stati individuati sei **fattori abilitanti** come segue:

- 1) Fattore abilitante (1): presenza di misure di controllo;
- 2) Fattore abilitante (2): opacità del processo;
- 3) Fattore abilitante (3): complessità del processo;
- 4) Fattore abilitante (4): responsabilità, numero dei soggetti coinvolti e rotazione del personale;
- 5) Fattore abilitante (5): assenza di competenze del personale addetto al processo;
- 6) Fattore abilitante (6): formazione – consapevolezza comportamentale (integrità).

Inoltre, sono stati individuati sei **indicatori di rischio** (key risk indicators) come segue:

- 1) Criterio (1) livello di interesse "esterno";
- 2) Criterio (2) grado di discrezionalità del decisore interno;
- 3) Criterio (3) manifestazione di eventi corruttivi in passato;
- 4) Criterio (4) resistenza del rischio al controllo;
- 5) Criterio (5) impatto sull'operatività e sull'organizzazione;
- 6) Criterio (6) incidenza sull'output finale del processo.

Al fine di individuare il livello di rischi, con riguardo ai "fattori abilitanti" e agli "indicatori di rischio", i criteri sono stati i seguenti:

FATTORI ABILITANTI		Rating
<b>Fattore 1: presenza di misure di controllo</b>		
Presso l'ACSS sono già stati predisposti strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi?		
Sì, il processo è oggetto di specifici e regolari controlli da parte della struttura e/o di altri soggetti		1
Sì, ma sono controlli non a campione derivanti dal fatto che il processo è gestito anche da soggetti diversi dalla struttura che lo ha istruito o ha adottato l'output		2
No, non vi sono misure e il rischio è gestito dalla responsabilità dei singoli		3
<b>Fattore 2: opacità del processo</b>		
Il processo è oggetto di procedure che ne rendono trasparente l'iter e/o l'output ai controlli interni, agli stakeholder e/o ai soggetti terzi?		
Sì, il processo o gran parte di esso è pubblico, anche tramite amministrazione trasparente		1
Sì, ma è reso pubblico solo l'output (es. estremi del provvedimento) e non anche l'iter		2
No, il processo non ha procedure che lo rendono trasparente		3
<b>Fattore 3: complessità del processo</b>		
Si tratta di un processo complesso?		
No, il processo è meramente operativo e/o richiede l'applicazione di norme elementari		1

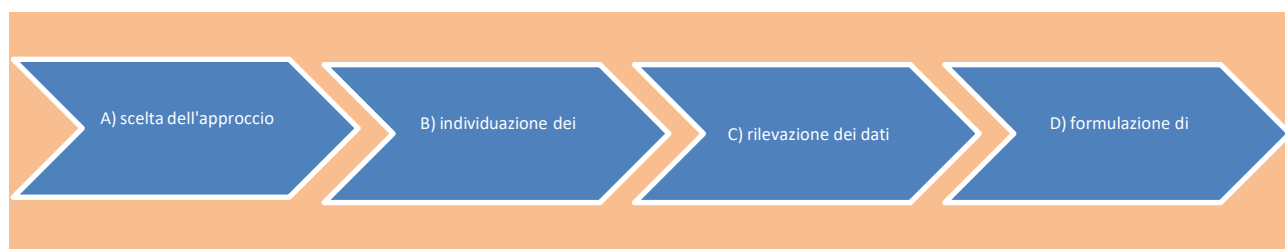
FATTORI ABILITANTI	Rating
Sì, ma la complessità deriva dall'applicazione di norme di legge e regolamento note e generalmente conosciute	2
Sì, il processo richiede l'applicazione di norme di dettaglio complesse e/o poco chiare, note nello specifico alla sola struttura competente	3
<b>Fattore 4: responsabilità, numero di soggetti coinvolti e rotazione del personale</b>	
<b>Il processo è gestito sempre dai medesimi soggetti, da singoli o piccoli gruppi non sostituibili perché non è possibile la rotazione del personale?</b>	
No, il processo è trasversale ed è gestito da molti dipendenti	1
Sì, il processo è gestito da uno o pochi funzionari, non sostituibili con criteri di rotazione, ma ciò impatta relativamente sul rischio corruttivo perché il processo in altre fasi è visto e gestito da altri soggetti dell'organizzazione	2
Sì, il processo è gestito da uno o pochi funzionari, non sostituibili con criteri di rotazione, e ciò impatta sul rischio corruttivo perché il processo non viene gestito indirettamente da altri soggetti dell'organizzazione	3
<b>Fattore 5: assenza di competenze del personale addetto ai processi</b>	
<b>Il processo è gestito da soggetti la cui competenza è adeguata alla complessità dello stesso?</b>	
Sì, gli uffici hanno strutturazione e competenza adeguata alla gestione del processo	1
Non è un processo influenzabile dalla specifica competenza del personale	2
No, il processo è gestito da soggetti che non sempre hanno competenze sullo specifico argomento	3
<b>Fattore 6: formazione - consapevolezza comportamentale (integrità)</b>	
<b>Il personale che gestisce il processo è stato oggetto specifica formazione, sia tecnica sia relativa a questioni comportamentali, etiche e deontologiche?</b>	
Sì, il personale coinvolto è stato oggetto di formazione generale in materia di anticorruzione, sia specifiche ad hoc per il tipo di processo	1
Sì, il personale coinvolto è stato oggetto solo di formazione generale	2
No, il personale coinvolto non è stato oggetto di formazione	3

INDICATORI DI RISCHIO (Key indicators)	Rating
<b>Criterio 1: livello di interesse "esterno"</b>	
Esistono interessi, anche economici, a vantaggio di beneficiari o per i destinatari del processo?	
No, il processo ha mera rilevanza procedurale senza benefici o vantaggi per terzi	1
Sì, anche se i benefici non sono di entità tale da destare interessi di sorta	2
Sì, il processo comporta interessi in qualche modo potenzialmente significativi	3
<b>Criterio 2: grado di discrezionalità del decisore interno</b>	
Il processo è caratterizzato da aspetti discrezionali in capo ai dirigenti e/o a loro delegati e/o titolari di funzione?	
No, il processo è totalmente disciplinato da norme di legge e regolamento, senza margini di discrezionalità	1
Sì, perché il processo è definito da norme di legge, con alcuni margini di discrezionalità in capo ai soggetti coinvolti	2
Sì, perché il processo è genericamente definito da norme di legge, ma lascia ampia discrezionalità ai soggetti coinvolti	3
<b>Criterio 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato</b>	
In passato si sono manifestati presso l'ente eventi corruttivi (penalmente o disciplinarmente rilevanti) riferibili al processo?	
No, dall'analisi dei fattori interni non risulta	1

INDICATORI DI RISCHIO (Key indicators)	Rating
Sì, ma riferiti ad enti non analoghi situati nel territorio regionale	2
Sì	3
Criterio 4: resistenza del rischio al controllo	
Esistono sistemi di controllo a presidio dell'attività/processo/fase esaminata?	
Sì, il sistema di controllo applicato costituisce un efficace strumento di mitigazione del rischio	1
Sì, il sistema di controllo applicato mitiga il rischio in buona parte	2
Sì, esistono sistemi di controllo applicati ma il rischio è mitigato in minima parte e/o rimane indifferente	3
Criterio 4: impatto sull'operatività e l'organizzazione	
Se si verificasse il rischio inerente questo processo, come ne risentirebbe l'operatività dell'Ente?	
Vi sarebbero conseguenze marginali e l'organizzazione continuerebbe a funzionare	1
Vi sarebbero problematiche operative, superabili con una diversa organizzazione delle attività	2
Vi sarebbero problematiche operative che potrebbero compromettere l'organizzazione	3
Criterio 4: incidenza sull'output finale del processo	
Esistono processi rispetto ai quali il rilascio dell'output finale fa capo ad un solo soggetto?	
No, l'output finale è sempre il risultato dell'interazione di più strutture interne, enti e/o soggetti terzi, con controllo sulle fasi intermedie e finale.	1
Sì, il rilascio dell'output finale è talvolta il risultato dell'interazione tra strutture interne, con controllo solo sulle fasi intermedie.	2
Sì, il rilascio dell'output finale è carico di un solo soggetto che ha accesso esclusivo al processo.	3

Le risultanze dell'analisi e della ponderazione del rischio dei processi presi in considerazione sono riportate nella successiva tabella "Registro rischi e misure" (paragrafo 2.1.10).

### 2.1.7 Fase 3: valutazione e ponderazione del rischio di corruzione



Fonte: PNA2019, All. 1, Fig. 8 – Le azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio

La valutazione del rischio è posta in capo ed eseguita da ciascun dirigente (responsabile del processo/procedimento censito), con il supporto del RPCT, e discussa in considerazione nell'attività stessa e della stima del livello di esposizione al rischio considerato ai fini di adozione delle adeguate e congrue misure di abbattimento della relativa rischiosità.

La media dei risultati sull'indagine sui fattori abilitanti (A) moltiplicato per la media dei risultati degli indicatori di rischio (B) porta alla formulazione di un giudizio sintetico basato, sui parametri già adottati nei precedenti PTPC di ACSS, ovvero di rischio basso, medio e alto come segue:

basso	da 1 a 3
medio	da 4 a 6
alto	da 7 a 9

La valutazione (e la misurazione) del rischio rilevato guida alla ponderazione del rischio consentendo di graduare, a livello di organizzazione, il rating di priorità di attuazione delle misure di prevenzione programmate, dati gli obiettivi strategici disciplinati dal PIAO e dal contesto organizzativo.

Successivamente all'individuazione del livello di rischio e di priorità di trattamento per ciascun processo, si è giunti alla c.d. fase di "trattamento" del rischio vale a dire alla definizione delle misure di prevenzione da attuare.

Il trattamento del rischio è stato svolto sia mediante l'individuazione delle necessarie misure di prevenzione sia mediante programmazione delle misure individuate, tenendo in debito conto sia il tessuto organizzativo di ACSS sia l'effettiva possibilità di attuare le misure in tempi stabili e in sincrono con gli obiettivi di performance stabiliti dalla governance aziendale.

Le risultanze complessive della mappatura sono considerate dall'RPCT soddisfacenti e rispondenti ai criteri di effettività e sintesi richiesti dalle vigenti disposizioni in materia.

### **2.1.8 Le misure di prevenzione del rischio attuate e programmate**

Le misure di prevenzione individuate e programmate abbracciano le misure generali individuate dal legislatore che concernono l'intera organizzazione e le misure specifiche che incidono su aree specifiche e/o attività alle stesse inerenti rispetto alle quali si è riscontrato uno specifico rischio di corruzione (basso, medio o alto).

Le misure di prevenzione obbligatorie sono attuate e aggiornate dall'Agenzia sul triennio di riferimento e concernono tutte le attività svolte a prescindere dal grado di rischio come evidenziato in calce a ciascuna di esse.

La presente sezione costituisce di per sé la misura di prevenzione "fondamentale" che indirizza, raccoglie e sintetizza il processo di pianificazione, progettazione, attuazione, monitoraggio e revisione del processo di prevenzione di corruzione.

L'attuazione del PTPCT richiede la collaborazione tra il RPCT e i dirigenti di ACSS e il personale non dirigente e richiede l'attuazione delle azioni elencate a titolo non esaustivo nella seguente tabella:

Anno	Azioni	Tempi	Soggetti responsabili
2023	Adozione della sezione anticorruzione, nel contesto del PIAO semplificato	Gennaio 2023	Organi di vertice, RPCT,NVP, tutti i dirigenti e collaboratori di ACSS
	Individuazione delle aree a rischio		
	Individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi		
	Programmazione delle iniziative di formazione		
	Individuazione per ciascuna misura del responsabile e del termine per l'attuazione		
	Relazione Annuale RPCT 2023		
2024	Implementazione e aggiornamento (adozione PIAO 2024-2026)	Gennaio 2024	Organi di vertice, RPCT,NVP, tutti i dirigenti e collaboratori di ACSS
	Individuazione delle aree a rischio		
	Individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi		
	Programmazione delle iniziative di formazione		
	Relazione Annuale RPCT 2024		
2025	Implementazione e aggiornamento (adozione PIAO 2025-2027)	Gennaio 2025	Organi di vertice, RPCT,NVP, tutti i dirigenti e collaboratori di ACSS
	Individuazione delle aree a rischio		
	Individuazione per ciascuna area degli interventi per ridurre i rischi		
	Programmazione delle iniziative di formazione		
	Relazione Annuale RPCT 2025		

### 2.1.9 Codice di comportamento

Il Codice di Comportamento è una delle misure, previste dalla normativa e dal PNA, che contribuisce alla promozione degli aspetti di integrità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Il DPR 62/2013, attuativo dell'art. 1 co. 44 della L. 190/2012 (che ha disposto la riscrittura dell'art. 54 del D. lgs. 165/2001) definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare.

Con deliberazione n. 8 del 21/12/2022 è stato adottato il Codice di comportamento dell'Agenzia; la violazione del codice integra comportamenti contrari ai doveri di ufficio e responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

Il DPR 81/2023 ha modificato e integrato le norme succitate con particolare riguardo al comportamento che i dipendenti pubblici devono adottare nell'utilizzo delle strumentazioni informatiche e dei social network.

Con deliberazione del Comitato di Direzione n. 11 del 20/12/2023 è stato approvato il Codice di comportamento aggiornato alle previsioni del DPR 81/2023, a seguito di condivisione con il NVP, il Comitato di Direzione e la pubblicazione di 20 giorni sul sito web aziendale con la possibilità da parte di tutti i soggetti istituzionali e dei privati cittadini di fornire contributi. Al 15/12/2023, termine di presentazione delle proposte, non essendo pervenute all'indirizzo del RPCT comunicazioni in tal senso, è stato definito di portare a conclusione l'iter di approvazione.

## 2.1.10 Tabella registro rischi e misure

REGISTRO DEI RISCHI 2024-2026					PUNTEGGIO SINTETICO DI RISCHIOSITA' 2021 (media valutazione fattoriabilitanti/media valutazione indicatori di rischio)
Parte integrante del PIAO					
AREA DI RISCHIO	N.	PROCESSO	Rischio specifico	EVENTO A RISCHIO	
AREA OBBLIGATORIA 1) Acquisizione e progressione del personale (Incarichi e nomine - Determinazione ANAC n.12/2015)	1	Reclutamento del personale dipendente (concorsi, bandi di mobilità regionale e interregionale, avvisi pubblici, etc.) e modifica del rapporto di lavoro	2,00	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali, richiesti in relazione alla posizione da ricoprire, allo scopo di reclutare candidati particolari.	BASSO
	2	Conferimento di incarichi di dirigenza (SS, SSD, SC)	1,36	Omessa pubblicazione di bando/avviso	BASSO
			1,94	Irregolare composizione della Commissione di selezione, finalizzata a favorire il reclutamento di candidati particolari	BASSO
	3	Conferimento di incarichi di funzione comparto (PO)	2,00	Irregolarità nei processi di conferimento che possono portare al reclutamento di candidati particolari	BASSO
			1,94	Irregolare composizione della Commissione di selezione, finalizzata a favorire il reclutamento di candidati particolari	BASSO
			2,50	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione (ad es. regola dell'anonimato nel caso di provascritta, predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati	BASSO
	4	Autorizzazione ex art. 53 d.lgs. n. 165/2001 - relativo alla segregazione dell'esercizio di attività extraistituzionali	2,50	Esercizio non autorizzato di attività extra-istituzionale o violazione della disciplina che detta modalità e limiti dell'esercizio medesimo	BASSO



REGISTRO DEI RISCHI 2024-2026					PUNTEGGIO SINTETICO DI RISCHIOSITA' 2021 (media valutazione fattoriabilitanti/media valutazione indicatori di rischio)	
Parte integrante del PIAO						
AREA DI RISCHIO	N.	PROCESSO	Rischio specifico	EVENTO A RISCHIO		
	5	Gestione personale convenzionato / contrattualizzato	2,00	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" e insufficienza di meccanismi oggettivi e idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali, richiesti in relazione alla posizione da ricoprire, allo scopo di reclutare candidati particolari.	BASSO	
AREA OBBLIGATORIA 2) Affidamento di lavori, servizi e forniture (Contratti pubblici - Determinazione n. 12/2012)	6	Ricognizione del fabbisogno (antecedente al procedimento di scelta del contraente)	1,36	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano un determinato fornitore	BASSO	
	7	Individuazione e nomina del Responsabile Unico del procedimento (RUP)	1,36	Ritardo nell'avvio del procedimento e nella definizione dei compiti e delle responsabilità in violazione della legge	BASSO	
	8	Individuazione e nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)	1,36	Ritardo nell'avvio del procedimento e nella definizione dei compiti e delle responsabilità in violazione della legge	BASSO	
	9	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	1,36	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano un determinato fornitore	BASSO	
	10	Individuazione della procedura di affidamento (diretta, aperta, ristretta, etc.)	1,36	Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale di affidamento, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara di appalto	BASSO	
	11	Requisiti del fornitore	1,36	Negli affidamenti di servizi e forniture favorire un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità	BASSO	
				1,36	Potenziale conflitti di interessi	BASSO
				1,36	Conflitti di interesse (pantouflage)	BASSO
	12	Requisiti di aggiudicazione	1,36	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un fornitore	BASSO	

REGISTRO DEI RISCHI 2024-2026					PUNTEGGIO SINTETICO DI RISCHIOSITA' 2021 (media valutazione fattoriabilitanti/media valutazione indicatori di rischio)
Parte integrante del PIAO					
AREA DI RISCHIO	N.	PROCESSO	Rischio specifico	EVENTO A RISCHIO	
	13	Valutazione delle offerte e verifica dell'anomalia	1,36	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara. Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse anche sotto il profilo procedurale	BASSO
	15	Procedure negoziate	1,36	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti	BASSO
	16	Affidamenti diretti	1,36	Abuso nel ricorso agli affidamenti diretti al di fuori delle ipotesi legislative previste	BASSO
	18	Varianti e/o proroghe (contrattuali e/o tecniche) in corso di esecuzione del contratto	1,36	Autorizzazione varianti e/o proroghe (tecniche e/o contrattuali) in violazione di legge e/o del contratto.	BASSO
	19	Monitoraggio esecuzione contrattuale	1,36	Omesso monitoraggio	BASSO
	20	Trasferimento di flussi informativi verso le Banche Dati dell'Osservatorio Regionale dei Contratti Pubblici e/o di ANAC	1,36	Ritardo e/o distorsione dei dati inoltrati	BASSO
AREA ULTERIORE 1) Rilevazione presenze	20	Attestazione della presenza in servizio	1,78	Falsa attestazione di presenza in servizio	BASSO
AREA ULTERIORE 2) Rilascio permessi	21	Permessi e aspettative retribuite	2,00	Utilizzo di permessi o aspettative per finalità diversa dall'autorizzato	BASSO
AREA ULTERIORE 1) CONTROLLO SSL	22	Redazione del piano dei controlli e dei protocolli (PCP)	1,00	Redazione del piano dei controlli e dei protocolli (PCP)	BASSO
AREA ULTERIORE 2) CONTROLLO SSL	22	Approfondimenti tecnici e di analisi	1,00	Parzialità nella valutazione dei documenti	BASSO
AREA ULTERIORE 3) CONTROLLO SSL	23	Coordinamento Gruppi di lavoro multidisciplinari	1,00	Conflitto d'interesse dei partecipanti	BASSO

### 2.1.11 Trasparenza

La presente sezione descrive le modalità che ACSS adotta per l'implementazione e il rispetto della normativa sulla trasparenza, con specifico riguardo alle misure organizzative, alla regolarità e tempestività dei flussi informativi tra i vari soggetti coinvolti nell'adeguamento, le tempistiche per l'attuazione, le risorse dedicate e il regime dei controlli predisposti.

OBBLIGHI E ADEMPIMENTI
<p>Gli obblighi e gli adempimenti a cui ACSS è tenuta ai sensi del D.lgs. 33/2013 sono contenuti e riportati nell'Allegato 1 "Griglia obblighi di pubblicazione D.Lgs. n. 33/2013", parte integrante e sostanziale del presente atto.</p> <p>La griglia riporta in maniera schematica l'obbligo di pubblicazione, il riferimento normativo, la sottosezione del sito amministrazione trasparente in cui deve essere inserito, il soggetto responsabile, del reperimento/formazione del dato, della trasmissione e della pubblicazione e la tempistica di aggiornamento del dato.</p>
MISURE ORGANIZZATIVE
<p>La strutturazione della sezione AT tiene conto delle peculiarità e specificità connesse alla natura, ruolo e funzioni istituzionali di ACSS.</p> <p>In merito alle modalità di popolamento della sezione AT è stata condivisa ed entra in vigore con l'approvazione del presente documento la procedura di pubblicazione in AT, riportata in Allegato 2. In alcune circostanze, le informazioni vengono pubblicate mediante collegamento ipertestuale a documenti già presenti sul sito istituzionale ovvero mediante il ricorso alle banche dati, ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 del D. Lgs. 33/2013 ovvero mediante link a pagine, documenti presenti in altre sottosezioni di AT.</p>
SOGGETTI COINVOLTI
<p>I dirigenti garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la facile accessibilità, la conformità dei documenti pubblicati a quelli originali in possesso, in atti.</p>
MODALITA' DI PUBBLICAZIONE
<p>I dati da pubblicare devono essere trasmessi dai Dirigenti delle strutture competenti al RPCT che ne cura la pubblicazione.</p>
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE
<p>Il RPCT attua misure di controllo e di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi previsti in tema di trasparenza allo scopo, tra l'altro, di prevenire l'insidia della sproporzione e illeggibilità di dati, informazioni e documenti non comprensibili che può derivare anche dalla relativa sovrabbondanza.</p>

Vengono allegati al presente PIAO sub allegato 1, la Griglia degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n.33/2013, indicante gli ambiti di pertinenza di ACSS, e sub allegato 2, la Procedura di pubblicazione in AT.

### 2.1.12 Accesso agli atti e registro degli accessi di ACSS

Con Deliberazione n. 7 del 21/09/2022 è stato approvato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato.

Il RPCT, in collaborazione con la Struttura Complessa "Giuridico e Risorse Umane" (di seguito SC GRU), in conformità alla normativa di riferimento, redige in formato digitale il "Registro degli Accessi" recante l'elenco delle richieste di accesso pervenute e ne assicura l'aggiornamento semestrale e la pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente del sito web istituzionale. Per ciascuna istanza viene indicato l'oggetto e la data della richiesta, nonché il relativo esito con la data della decisione.

### **2.1.13 Attuazione del GDPR: gestione dei dati**

In data 25/05/2018 è divenuto operativo il nuovo Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, al quale si affianca la disciplina prevista dal D. lgs. 196 del 30/06/2003 (Codice Privacy), modificata dal D.lgs. n.101 del 10/08/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679".

Particolare attenzione viene riservata dal Garante Privacy alla correlazione che sussiste tra trasparenza e tutela dei dati personali, risolta nei termini di un "bilanciamento" tra diritto alla riservatezza (inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona) e diritto dei cittadini al libero accesso ai dati, alle informazioni e ai documenti per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria in AT (accesso civico) ovvero la messa a disposizione ove detenuti dalla PA (accesso generalizzato - FOIA).

L'Agenzia, con Deliberazione n. 9 del 21/12/2022, ha approvato il "Regolamento sul trattamento dei dati personali di ACSS" che, oltre a tracciare i passaggi fondamentali per la gestione delle richieste di accesso ai dati, fornisce indicazioni di carattere organizzativo per l'individuazione degli uffici competenti a decidere sulle istanze, le modalità e i tempi per lo svolgimento dell'istruttoria procedurale e per le comunicazioni con il cittadino, specificando i casi di esclusione e di limitazione in conformità con l'ordinamento giuridico.

L'Agenzia, anche con riferimento agli adempimenti connessi alla trasparenza in attuazione del D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016 e agli ulteriori atti emanati da ANAC (deliberazioni n. 1309/2016, n. 1310/2016 e n. 1134/2017), agisce nel rispetto del regime privacy: la pubblicazione dei dati e dei documenti (in generale sul sito web istituzionale incluso l'Albo Pretorio e in particolare nella sezione AT) viene effettuata nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza), nonché del principio di responsabilizzazione (accountability), in questa sede interpretato come impegno a "dare conto" delle attività e delle azioni poste in essere.

## 2.2 PERFORMANCE

L'Agenzia attua un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in linea con il combinato disposto del D.Lgs. n. 150/2009 e il nuovo quadro normativo delineato dal Legislatore in materia di Piano Integrato di Attività e Organizzazione (DL n. 80/2021 convertito in legge, DPR n. 81/2022 e DM n. 132/2022).

Il Sistema della Performance di ACSS, quale ciclo annuale di assegnazione, rendicontazione e valutazione degli obiettivi, validati dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) aziendale, consente di migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi strategici, introdurre uno strumento di responsabilizzazione e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali, misurare e rendere trasparenti i risultati rispetto agli obiettivi previsti. In particolare, il ciclo annuale della performance dell'Agenzia trae origine dalle linee di indirizzo strategiche definite dal Comitato di Direzione e dalla Direzione Generale in coerenza con il mandato assegnato dalla L.R. n. 33/2009 nonché con la Programmazione regionale annuale e pluriennale.

Il Direttore Generale, sulla base degli obiettivi assegnati dal Comitato di Direzione e delle valutazioni strategiche correlate alla Mission ed alla gestione dell'Ente, assegna ai Direttori delle strutture complesse dell'Agenzia e ai collaboratori che afferiscono direttamente alla Direzione gli obiettivi annuali, alcuni dei quali trasversali a più settori, a loro volta suddivisi in:

- obiettivi organizzativi;
- obiettivi individuali.

I direttori delle strutture dell'Agenzia, a loro volta, attribuiscono ai propri collaboratori gli obiettivi annuali strettamente correlati agli obiettivi della struttura. La rendicontazione intermedia (per gli operatori afferenti all'Area del Comparto) e la valutazione finale degli obiettivi assegnati vengono effettuate secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, anche ai fini del riconoscimento delle premialità.

La performance di ACSS può essere sintetizzata quindi come il contributo che ogni soggetto, dirigente o collaboratore, apporta attraverso la propria azione al raggiungimento degli obiettivi e delle finalità dell'Ente, nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Tale Sistema contribuisce, infine, alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli, dalle Unità Operative di riferimento e dall'Agenzia, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

## 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

#### 3.1.1 Organizzazione, linee di attività e organigramma

La Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 ha istituito l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, finalizzato a promuovere lo sviluppo e il consolidamento di un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli nel Sistema Sociosanitario regionale.

La Legge Regionale ha previsto una governance dell'ente a due organi (oltre all'organo di controllo previsto dalla normativa, il Collegio Sindacale), con funzioni distinte e ben delineate, il Comitato di Direzione e il Direttore Generale:

- il Comitato di Direzione è l'organo che indica strategia e indirizzi per la programmazione dell'attività dell'Agenzia;
- il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Agenzia ed è titolare dei poteri di gestione, amministrativa ed economico finanziaria.

L'organizzazione dell'Ente è rappresentata nell'assetto organizzativo approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con DGR n. X/5512 del 02/08/2016, aggiornato, da ultimo, dalle determinazioni del Direttore Generale n. 14 del 02/02/2021, n. 49 del 05/12/2022, n. 21 del 19/05/2023 e n. 12 del 19/02/2024, nonché dalla deliberazione del Comitato di Direzione n. 1 del 17/01/2024 di approvazione del PIAO 2024-2026, di cui il presente Piano costituisce aggiornamento.

Come detto, sono organi dell'Agenzia, il Direttore Generale, il Comitato di Direzione e il Collegio Sindacale.

Il **Direttore Generale** è il rappresentante legale dell'Agenzia ed è titolare dei poteri di gestione: è responsabile del funzionamento dell'Agenzia, attraverso il governo delle risorse umane ed economico-finanziarie. Al Direttore Generale compete, inoltre, l'attuazione delle determinazioni assunte dal Comitato di Direzione, con riconoscimento di autonomia gestionale, organizzativa e operativa.

Ai sensi dell'articolo 11, commi 4 e 5, della L.R. n. 33/2009, il Direttore Generale svolge le seguenti funzioni:

- *“programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;*
- *sentito il Comitato di Direzione, “definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a) [strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL], provenienti da più ATS, per l'effettuazione dei controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie”.*

È responsabile dell'attività svolta, degli obiettivi conseguiti, dell'imparzialità e del buon andamento complessivo delle attività.

Ai sensi del comma 2, lett. C), dell'art.11 della L.R. n. 33/2009, il **Comitato di Direzione** è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta Regionale, su indicazione della Conferenza dei Presidenti dei Gruppi di minoranza del Consiglio Regionale e svolge le funzioni assegnate dall'art. 11 della L.R. n. 33/2009. Il Comitato nomina tra i propri componenti il Coordinatore, che convoca le sedute e assicura il buon funzionamento dei lavori, favorendo il più ampio confronto e la collegialità delle decisioni.

Il Comitato di Direzione per lo svolgimento dell'attività si avvale delle strutture, degli strumenti e delle risorse umane e professionali a disposizione dell'Agenzia, d'intesa con il Direttore Generale.

Sono in capo al Comitato di Direzione le funzioni espressamente assegnate dal comma 4, lettere a), d), e), f), g) e i), dell'art. 11 della L.R. n. 33/2009 (elencate nel successivo paragrafo 3.1.2).

Il Comitato di Direzione assegna annualmente gli obiettivi al Direttore Generale e ne valuta il raggiungimento, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato. La valutazione annuale degli obiettivi del Direttore da parte del Comitato è comunicata alla Direzione Generale Welfare.

Il **Collegio Sindacale** è organo dell'Agenzia, nominato con provvedimento del Direttore Generale, secondo la composizione di cui all'art. 3-ter c. 3 del D.Lgs. n. 502/1992.

Svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

L'Agenzia si avvale del **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**, quale organismo di verifica del funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa dell'Agenzia.

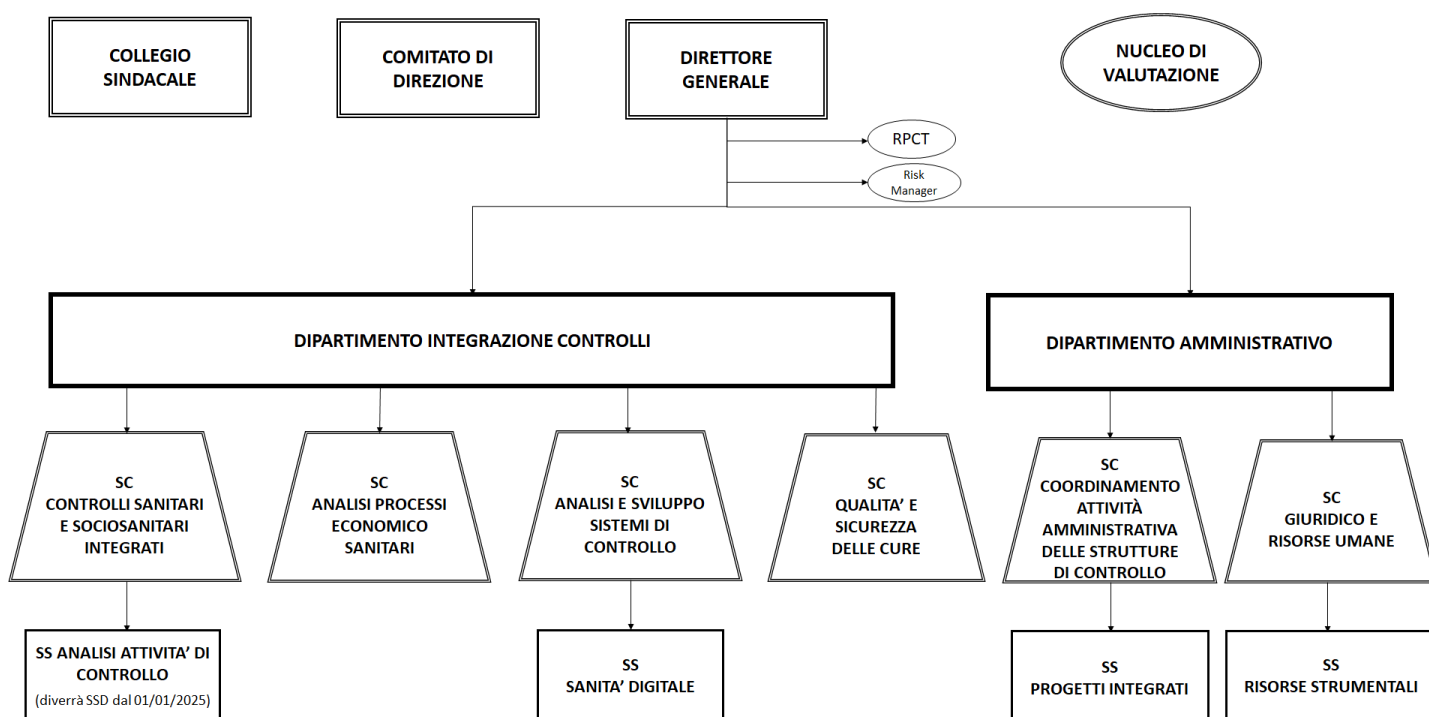
Il Nucleo di Valutazione è responsabile della valutazione della coerenza tra programmazione ed obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto, della corretta misurazione del grado di raggiungimento delle performance dell'organizzazione e individuali; verifica le attività dei dipendenti aventi incarichi di funzione/di coordinamento e l'attuazione di disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione. Svolge le funzioni disposte dalla DGR n. 4942 del 29/06/2021.

L'Agenzia svolge le funzioni assegnate dal Legislatore regionale, di cui al successivo paragrafo 3.1.2, nonché gli incarichi e i compiti conferiti su mandato della Giunta regionale. In particolare, l'Agenzia è stata recentemente oggetto di specifici incarichi e progetti regionali. Tra questi, tra la fine del 2023 e i primi mesi del 2024, figurano incarichi e assegnazioni di risorse relativi all'implementazione di sistemi informativi sanitari a livello di SSR

e relative infrastrutture, che comportano anche l'attribuzione ad ACSS di funzioni in materia di investimenti PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), con riflessi stabili sul patrimonio dell' Agenzia.

Al fine di soddisfare i requisiti organizzativi necessari per far fronte ai compiti istituzionali e agli incarichi, alla gestione dei finanziamenti assegnati e delle relative patrimonializzazioni, risulta necessaria la rivisitazione dell' Organigramma dell' Agenzia, prevedendo un ampliamento della struttura organizzativa.

Si allega a tal fine, sub Allegato 3) al presente Piano, il documento denominato "LINEE DI ATTIVITÀ E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL' AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO", contenente l' Organigramma di ACSS nella versione aggiornata, che si riporta anche di seguito, per comodità di consultazione:



Si prevede la messa a sistema del nuovo assetto in tempi brevi.

### Livelli di responsabilità, contratti collettivi e incarichi

L' Agenzia, secondo quanto previsto dal D.lgs. n. 165/2001, opera nel rispetto del principio della separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo e quelle di gestione, attuando il principio di distinzione tra atti di governo e di gestione che pone in capo alla direzione di vertice l'adozione degli atti che implicano scelte strategiche, di programmazione, di pianificazione nonché di controllo dell'attività, con il conseguente affidamento alla



dirigenza dell'attuazione dei medesimi atti, oltre all'ordinaria attività istruttoria. Ai dirigenti spettano le attività corrispondenti ai relativi ambiti di competenza, ivi comprese attività gestionali e di organizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate. Essi sono responsabili della propria attività, della relativa gestione e dei relativi risultati.

I livelli di responsabilità in ACSS sono disciplinati, nel rispetto dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) e dei Contratti Integrativi Aziendali (CIA), dai regolamenti interni di riferimento, elaborati, in un'ottica partecipativa, anche attraverso l'eventuale coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali.

La disciplina delle risorse umane dell'Agenzia fa riferimento all'area contrattuale della Sanità per il comparto e la dirigenza sanitaria/medica e all'area contrattuale delle Funzioni Locali per la dirigenza PTA.

I criteri e le procedure per l'affidamento, il rinnovo e la revoca degli incarichi dirigenziali sono formulati nell'ambito degli specifici atti e nel rispetto delle disposizioni normative e dei contratti collettivi di riferimento. La graduazione degli incarichi è correlata alle specifiche caratteristiche delle attività da svolgere ed alle conseguenti responsabilità, nei modi previsti dalla vigente normativa e dai contratti collettivi di lavoro.

Per quanto concerne l'area del comparto (CCNL Sanità), risultano assegnati n. 2 incarichi di funzione organizzativa.

### **3.1.2 Azioni e misure coerenti con il valore pubblico**

Gli obiettivi di creazione di valore pubblico dell'Agenzia sono ampiamente rappresentati all'interno dell'art. 11 della L.R. n. 33/2009 e le attività necessarie per il loro conseguimento sono declinate all'interno degli obiettivi che vengono annualmente assegnati alla dirigenza e dalla dirigenza al personale del comparto.

Ad ACSS è affidata la funzione di controllo di livello centrale, che richiede autonomia d'azione e un'ampia visione d'insieme dell'intero Sistema dei controlli. In particolare, l'art. 11 della L.R. n. 33/2009 assegna ad ACSS le seguenti funzioni<sup>2</sup>:

- ✓ *a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS*

---

<sup>2</sup> Viene abrogata dalla Legge Regionale 13/2018 all'art. 9 comma 1, lett. b le disposizioni di cui all'art. 11, comma 4, lett. h, Legge Regionale 33/2009, in particolare la funzione relativa a "valutazioni in materia di procedure d'acquisto per l'affidamento di forniture beni e servizi effettuati in forma aggregata per il servizio sanitario regionale".

preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono le proprie attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli;

- ✓ a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;
- ✓ b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;
- ✓ c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;
- ✓ d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;
- ✓ e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, può proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale;
- ✓ f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bis e può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale;
- ✓ g) analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;
- ✓ i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaurienti, in modo puntuale e trasparente;
- ✓ i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici.

La Legge regionale 8 luglio 2020 - n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" ha attribuito all'Agenzia nuove funzioni di controllo, con la finalità di prevenire gli episodi di violenza a danno degli operatori delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate,

delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU).

ACSS svolge, inoltre, le funzioni affidate dalla Giunta regionale con specifiche deliberazioni (es: DGR 6396/2022, DGR 6370/2022, etc), che riguardano l'attuazione di attività di controllo che ACSS può svolgere su mandato e a titolo collaborativo, su particolari tematiche.

Con riferimento alla predisposizione della Relazione annuale al Consiglio di cui alla sopra citata lett i), comma 4, art. 11 della LR n. 33/2009, con [Deliberazione n. 5 del 31/03/2023 il Comitato di Direzione di ACSS ha approvato la "Relazione annuale al Consiglio Regionale anno 2022"](#).

Con deliberazione n. 7 del 28/06/2023, il Comitato di Direzione di ACSS ha approvato la ["Relazione sulla performance anno 2022"](#).

Infine, in relazione alla predisposizione del Piano annuale dei controlli e dei protocolli di cui alla citata lett. a), con [deliberazione del Comitato di Direzione n. 09 del 20/12/2023](#) ACSS ha adottato il Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2024- 2026.

## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### 3.1.3 Condizionalità e fattori abilitanti

In Agenzia il lavoro in presenza è la modalità prevalente di effettuazione della prestazione lavorativa, anche alla luce dell'esiguità del numero di unità effettivamente reclutate e in servizio presso l'agenzia (ad oggi n. 14 unità a fronte delle 25 unità formalmente previste dalla Giunta regionale per l'Agenzia).

In coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla normativa vigente e dalla Contrattazione collettiva, l'Agenzia riconosce il ruolo dello smart working quale possibile strumento volto a realizzare un corretto equilibrio fra la gestione dei tempi di vita dei lavoratori, le esigenze organizzative, la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane, anche con l'obiettivo di favorire la trasformazione digitale e l'evoluzione dei modelli organizzativi della pubblica amministrazione.

A tal fine, ACSS intende promuovere forme di lavoro in modalità agile, rimandando l'attuazione con atti specifici, prevedendo:

- 1) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi e delle attività dell'Agenzia;
- 2) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;

3) la dotazione di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile.

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Gli atti amministrativi regionali che hanno disciplinato l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia, nell'anno di costituzione dell'Ente, hanno previsto una dotazione organica pari a 25 unità di personale.

A fronte degli sviluppi e dell'incremento delle attività richieste all'Agenzia nell'ultimo biennio, con specifiche DGR e attraverso appositi mandati regionali, si ravvisa la necessità di poter procedere tempestivamente sia al completamento dell'organizzazione che ad un ampliamento del numero di unità di personale previste dalla dotazione organica, in modo da poter gestire i progetti assegnati con un numero di competenze professionali adeguate e necessariamente diversificate a seconda degli ambiti di intervento.

In particolare, anche a seguito della recente adozione da parte di Regione Lombardia delle DGR nn. 1474 del 04/12/2023, 1476 del 04/12/2023, 1508 del 13/12/2023, 1549 del 18/12/2023, 1673 del 28/12/2023, che affidano all'Agenzia rilevanti compiti e importi da gestire, diviene indispensabile un incremento della forza lavoro, per poter adempiere ai mandati ricevuti.

#### 3.1.4 Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12 dell'anno precedente

Allo scopo di fornire una rappresentazione della distribuzione del personale nella struttura organizzativa di ACSS, si riporta, nella tabella seguente, il dettaglio delle unità di personale in servizio in Agenzia al 31/12/2023, secondo la Direzione/UOC/UOSD di assegnazione.

Direzione / SC /SSD di assegnazione	N. totale di unità di personale comparto	N. totale di unità di personale dirigenza
<b>DIREZIONE GENERALE</b>	1	0
<b>SC GIURIDICO E RISORSE UMANE</b>	2	1
<b>SC ANALISI PROCESSI ECONOMICO SANITARI</b>	2	1
<b>SC CONTROLLO ACCESSIBILITA'</b>	1	1
<b>SC ANALISI E SVILUPPO SISTEMI DI CONTROLLO</b>	1	1
<b>SS ANALISI ATTIVITA' DI CONTROLLO</b>	0	1
<b>SS RISORSE STRUMENTALI</b>	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

È possibile rappresentare nella tabella che segue la consistenza organica a consuntivo dell'Agenzia, alla data del 31/12/2023:

DOTAZIONE ORGANICA 2023		ruolo	DIPENDENTI E COMANDATI	
			TOTALE	... di cui comandati
<b>TESTE</b>				
1	DIRIGENZA MEDICA	S		
	DIRIGENZA VETERINARIA	S		
	DIRIGENZA SANITARIA	S	1	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	1
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	1	1
	DIRIGENZA TECNICA	T		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	3	
<b>TOT DIRIGENZA</b>			<b>6</b>	<b>2</b>
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S		
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S		
	ASSISTENTI SOCIALI	T		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	2	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T		
	AUSILIARI	T		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	5	
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R		
<b>TOTALE COMPARTO</b>			<b>8</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			<b>14</b>	<b>2</b>

### 3.1.5 Programmazione strategica delle risorse umane

Con DGR n. XII / 1566 del 18/12/2023 è stato approvato da Regione Lombardia il PTFP 2023-2024-2025 di ACSS.

L'Agenzia ha predisposto il PTFP 2024-2025-2026, secondo le tabelle di cui all'Allegato 3), che verrà formalizzato con apposita determinazione di approvazione entro il termine indicato da Regione Lombardia.