

DELIBERAZIONE N. 21 seduta del 20 dicembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prosperini	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione della Relazione per il Consiglio regionale e la Giunta regionale Lombardia ai sensi dell'art. 3, comma 5 della L.R. 28 settembre 2018, n. 13 – secondo semestre 2022

L'atto si compone di n. 221 pagine di cui n. 219 pagine allegate quale parte integrante

RICHIAMATO l'art. 3, comma 5 della Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 *“Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo”* nella parte in cui prevede che l’Organismo relazioni semestralmente, entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno, al Consiglio regionale e alla Giunta regionale in ordine allo svolgimento delle funzioni ad esso attribuite dalla legge, in coerenza con quanto definito nel Piano annuale di attività;

UDITO il Presidente che ha presentato la *“Relazione per il Consiglio regionale e la Giunta regionale Lombardia ai sensi dell’art. 3, comma 5 della L.R. 28 settembre 2018, n. 13 – primo semestre 2022”*, allegato 1 alla presente deliberazione quale parte integrante;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare la Relazione per il Consiglio regionale e la Giunta regionale Lombardia, redatta ai sensi dell’art. 3, co. 5, l. r. 28 settembre 2018 n. 13, relativa al secondo semestre 2022, allegata al presente atto quale parte integrante;
2. di trasmettere la Relazione al Presidente del Consiglio regionale, al Presidente della Giunta regionale e agli altri soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO
(O.R.A.C.)

**RELAZIONE PER IL CONSIGLIO REGIONALE E LA GIUNTA REGIONALE LOMBARDIA
(art. 3, comma 5, L.R. 28 settembre 2018, n.13)**

Secondo semestre 2022

SOMMARIO

1. Introduzione	4
2. Piano di Attività 2022	5
OBIETTIVO 1 – Monitoraggio Raccomandazioni	5
OBIETTIVO 1.1-1.3 – Impatto derivante dall’attuazione del PNRR	20
OBIETTIVO 2.2 – Intese collaborative, Protocolli di Intesa e Accordi	24
OBIETTIVO 2.3 – Iniziative di Informazione	27
OBIETTIVO 3 – Pianificazione dell’attività relativamente ai sistemi di controllo interno e di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale	28
Obiettivo 3.1.1 – Indirizzi per la prevenzione dei rischi in situazioni di emergenza.....	30
Obiettivo 3.2 – Gestione ed erogazione contributi alle imprese	32
Obiettivo 3.3 – Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico/privato.....	33
OBIETTIVO 4 – Pianificazione delle attività relativamente all’incidenza dei rischi sistemici	35
OBIETTIVO 5 – Pianificazione delle attività relativamente alle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale	37
OBIETTIVO 6 – Pianificazione delle attività relativamente alla Trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contratti	41
OBIETTIVO 7 – Pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti	43
OBIETTIVO 8 – Pianificazione delle attività di supporto alla predisposizione e attuazione dei Piani Triennali sulla Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza	44
OBIETTIVO 9 – Pianificazione delle attività relativamente al controllo delle società partecipate	46
OBIETTIVO 10 – Pianificazione delle attività relativamente alla rete di Audit interno ...	47
3. Modifica del regolamento di organizzazione e funzionamento di Orac	49
4. Gestione di pratiche aperte da Orac a seguito di segnalazioni	51
5. Attività di collaborazione con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza per la rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute da Regione Lombardia durante il periodo emergenziale.	57

6.	Attività in collaborazione con il Collegio dei Revisori dei Conti	60
7.	Comunicazione – Relazioni esterne.	65
7.1	Comunicazione – Sito web	65
8.	Considerazioni conclusive	66

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (ORAC)

RELAZIONE PER IL CONSIGLIO REGIONALE E LA GIUNTA REGIONALE LOMBARDIA

Primo semestre 2022

1. Introduzione

La Relazione offre al Consiglio e alla Giunta regionale un quadro delle principali attività e iniziative sviluppate dall'Organismo regionale per le attività di controllo nel secondo semestre del 2022, in continuità con il primo semestre dello stesso anno.

Come di consueto, nei paragrafi che seguono verranno illustrate, in sintesi, le principali attività e tematiche affrontate da Orac nel periodo considerato, rinviando per gli approfondimenti alla lettura della documentazione allegata.

Nel secondo semestre del 2022, l'Organismo si è riunito sia attraverso la modalità della videoconferenza che in presenza, e, come nello scorso anno, le riunioni collegiali hanno avuto cadenza settimanale, di norma il lunedì pomeriggio, contando un totale di sedute pari a n. 16.

I verbali degli incontri e delle deliberazioni sono custoditi, in formato digitale, a cura della Segreteria.

2. Piano di Attività 2022

Di seguito si illustrano le determinazioni collegate agli obiettivi che compongono il Piano di attività 2022.

OBIETTIVO 1 – Monitoraggio Raccomandazioni

Le raccomandazioni costituiscono una modalità virtuosa con cui l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo si pronuncia per contribuire efficacemente al buon funzionamento dell'amministrazione regionale, interna ed esterna, contro la *maladministration*, con il fine ultimo di condurre l'universo degli enti del Sistema Regionale verso un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della azione amministrativa, realizzando così un contributo di *vigilanza collaborativa*.

Ne consegue che l'attività dell'Organismo non potrebbe di certo limitarsi alla emanazione e alla successiva trasmissione di raccomandazioni (di "fare" o di "non fare"), rivolte alle articolazioni organizzative della Giunta regionale o ai singoli Enti del sistema regionale (SiReg); occorre che si effettui un costante procedimento di verifica della fase di esecuzione, anche in termini di qualità e tempo, delle raccomandazioni stesse: il "monitoraggio".

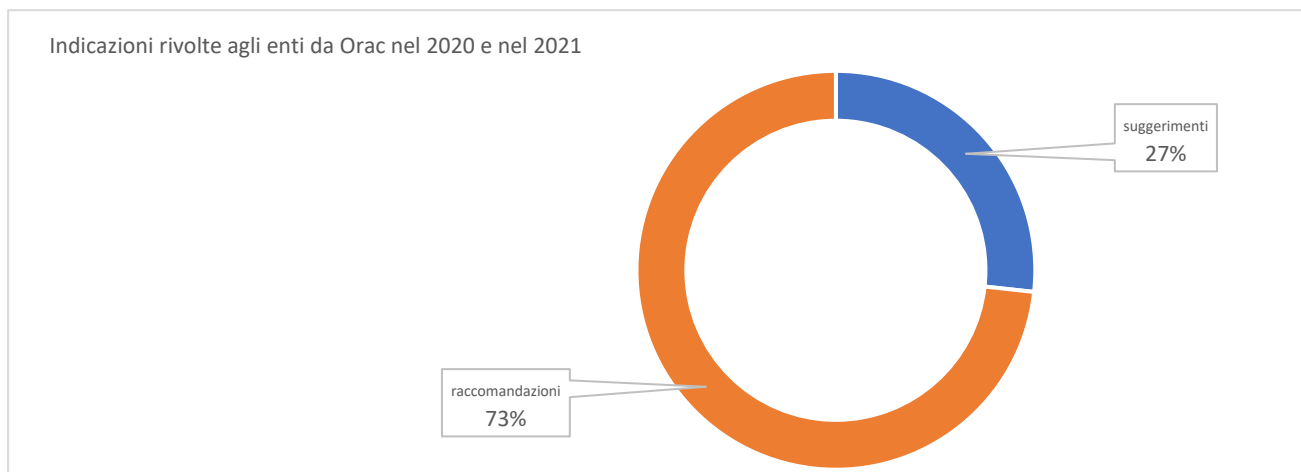
Orac, nello scorso semestre, ha eseguito il monitoraggio di alcune raccomandazioni elaborate nel 2020, inerenti all'aggiornamento e alla pubblicazione (nei siti web istituzionali – in "Amministrazione trasparente" – sottosezione "Interventi straordinari e di emergenza") delle rendicontazioni delle erogazioni liberali, pervenute durante il periodo emergenziale epidemiologico, erogate a favore di Regione Lombardia e degli Enti sanitari del SSR; e all'aggiornamento e alla pubblicazione dei Regolamenti sulle donazioni, nei rispettivi siti web istituzionali, degli Enti sanitari regionali. Gli esiti del monitoraggio in discorso sono stati riportati nella relazione del I semestre 2022, approvata dall'Organismo il 27 giugno 2022.

Avvicinandosi la conclusione della legislatura regionale e, a mente dell'art. 2, co. 7, l.r. 13/2018, il termine ultimo di durata dell'incarico degli attuali componenti dell'Organismo, Orac ha avviato un procedimento di monitoraggio di tutte le raccomandazioni formulate a partire dalla sua formale costituzione: dal gennaio 2020 sino al dicembre 2022.

In questa sede, è dunque possibile relazionare in merito allo stato di adempimento delle raccomandazioni emanate nel biennio 2020-2021. Ebbene, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel 2020, ha formulato **n. 63 indicazioni** rivolte all'Amministrazione regionale e agli enti del sistema; e nel 2021 **n. 38 indicazioni**, per un totale, nel biennio analizzato, di: **101 indicazioni**, di cui **n. 27 suggerimenti** e **n. 74 raccomandazioni in senso stretto**.

La distinzione tra suggerimenti e raccomandazioni in senso stretto è d'obbligo poiché, ai sensi dell'art. 10, co. 5 del Regolamento sull'organizzazione e sul

funzionamento dell'Organismo – risultante dalla modifica approvata con D.G.R. XI/2759 del 31.01.2022 e deliberato in via definitiva dalla Giunta di Regione Lombardia il 14.03.2022 (Delibera n. XI/6122) –, il mancato tempestivo adeguamento alle sole raccomandazioni in senso stretto, ferme restando la segnalazione di cui all'art. 4, comma 2, della l.r. 13/2018 e le conseguenze di cui al successivo comma 3, comporta altresì la segnalazione al Segretario Generale della Giunta regionale, al vertice amministrativo dell'ente, all'OIV della Giunta e al corrispettivo organismo dell'ente interessato.

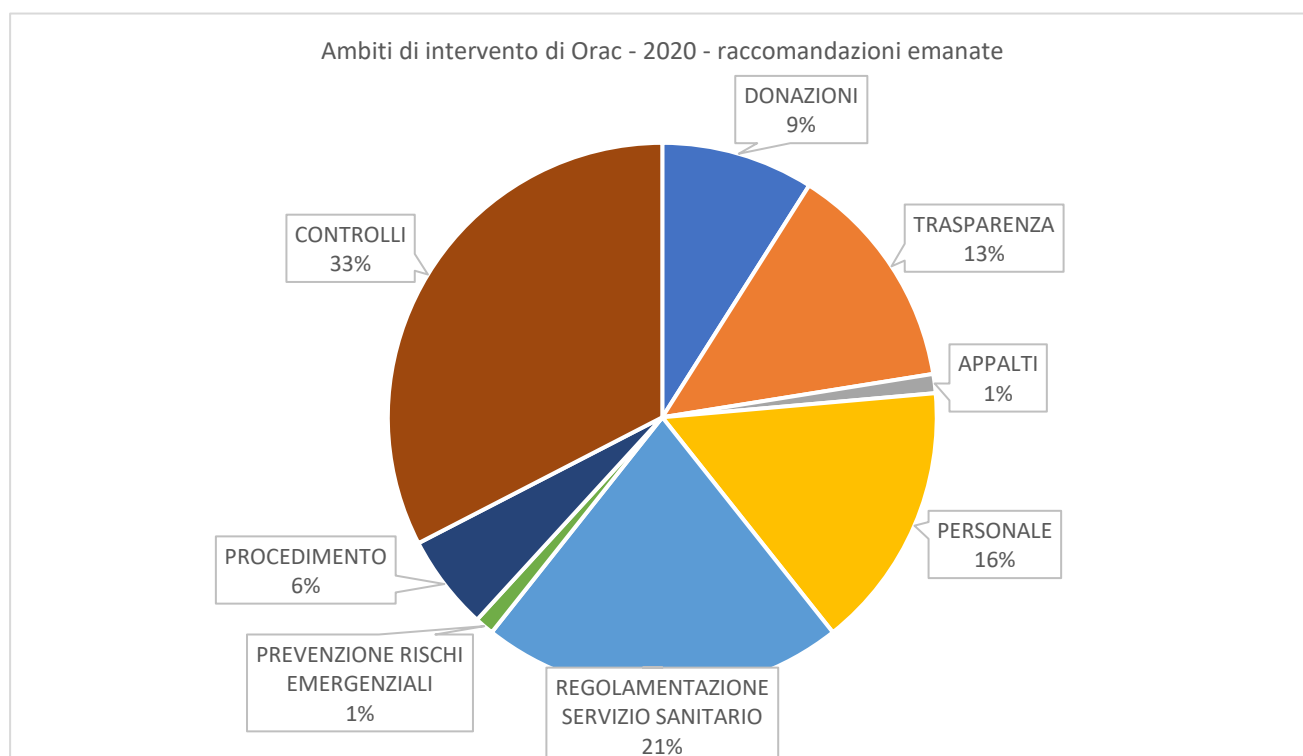


Tale conteggio è effettuato considerando quante indicazioni l'Organismo abbia formulato all'Amministrazione attraverso l'approvazione di apposita deliberazione. Se si pone mente, però, al fatto che talune raccomandazioni – identiche quanto all'elemento oggettivo e al contenuto – sono state indirizzate a più enti, si comprende che può essere utile analizzare il dato del numero delle *raccomandazioni per ente*. Solo attraverso un simile dato, infatti, è possibile misurare la diffusione e l'ampiezza dell'intervento dell'Organismo nei vari ambiti dell'azione amministrativa, rappresentando al contempo in maniera più puntuale le azioni di vigilanza collaborativa effettuate nei confronti della P. A. regionale.

Ebbene, le *raccomandazioni per ente* formulate tra il 2020 e il 2021 ammontano a n. **457**. In relazione ad esse, si rappresentano nella trattazione i seguenti dati: ambiti di intervento dell'Organismo per anno; enti destinatari delle raccomandazioni per anno; materie di intervento più ricorrenti per strutture o tipologie di enti (le singole Direzioni Generali o Centrali di RL; le Asst, Ats, IRCCS, Aler per quel che concerne gli enti del SiReg); e, infine, le percentuali di adempimento, pieno o parziale, o di non adempimento alle raccomandazioni stesse.

Di seguito si rappresentano gli **ambiti di intervento** dell'Organismo nel **2020**, esprimendo in forma percentuale il numero di raccomandazioni afferenti a ciascuna materia rappresentata.

Il primo grafico esprime gli ambiti di intervento di ciascuna raccomandazione emanata da Orac; il secondo, invece, mostra gli ambiti di intervento considerando il più ampio dato delle *raccomandazioni per ente*.



Occorre a questo punto analizzare con maggiore impegno esplicativo i contenuti, le materie e le problematiche, affrontate dall'Organismo, sussunti sinteticamente, per evidenti esigenze di rappresentazione grafica, tra gli "ambiti di intervento" mostrati nel grafico in alto.

L'ambito in cui Orac è intervenuto, nel 2020, con maggior frequenza e quindi con più elevato peso percentuale, è quello dei **controlli** (33% delle raccomandazioni emanate nell'annualità considerata). Attraverso l'utilizzo di tale dizione si vuole ricercare un minimo comun denominatore delle raccomandazioni variamente formulate in merito: (i) al corretto esercizio dell'attività da parte dei Collegi Sindacali degli enti del SiReg; (ii) alle azioni migliorative individuate in relazione ai criteri di composizione e di azione degli Organismi di Vigilanza degli enti; (iii) all'identificazione dei criteri ottimali di collocazione organizzativa e di svolgimento dell'attività della funzione di Audit nei soggetti vigilati.

In altri termini, in considerazione della particolare collocazione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo quale coordinatore dei vari livelli delle funzioni di controllo, come ben rappresentato nella relazione "Ricognizione e classificazione del sistema dei controlli interni – Regione Lombardia" (approvata da Orac con deliberazione n. 11 del 30 novembre 2020) e nella relazione "Rete degli Uffici di Internal Audit: mappatura e prime indicazioni" (approvata da Orac con deliberazione n. 15 del 7 dicembre 2020), e a ragione delle funzioni istituzionale assegnate dall'art. 3, co. 1, lett. a) e h) della l. r. 13/2018, sotto la voce "controlli" sono riassunte le raccomandazioni formulate con riferimento alle linee di indirizzo, di svolgimento delle attività e di interrelazione tra le varie strutture deputate ai controlli, tanto in Regione Lombardia quanto negli Enti del SiReg.

Infatti, a mente della norma citata, l'Organismo non solo definisce gli indirizzi e le linee guida dei sistemi di controllo interno e delle funzioni di audit della Giunta regionale e degli enti del SiReg, fornendo altresì indicazioni in merito alle metodologie e alle procedure adottate, secondo modalità finalizzate a semplificare, migliorare e rendere trasparenti le attività delle stazioni appaltanti regionali e degli operatori del settore, con l'obiettivo di prevenire, individuare e contrastare i rischi di corruzione, illegalità e infiltrazioni criminali; ma anche coordina la rete degli uffici degli enti del sistema regionale che svolgono attività di audit interno, assicurando adeguate forme di coordinamento, impulso, condivisione di buone pratiche e dotazione di strumenti finalizzati a rafforzare il ruolo e a sostenere l'attività degli organi di controllo decentrati in tali enti, garantendone l'indipendenza e la terzietà e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati.

Sotto la voce "**procedimento**", invece, sono raggruppate le raccomandazioni formulate in merito al corretto dipanarsi dell'azione amministrativa, negli atti prodromici e successivi rispetto all'adozione del provvedimento definitivo, in ossequio ai principi e alle regole infraprocedimentali stabilite a livello nazionale nella legge n. 241/1990 (cd. *Legge sul procedimento amministrativo*) e dalla normativa regionale di dettaglio. Si tratta, dunque, di indicazioni rivolte alla macchina amministrativa afferenti variamente: (i) al corretto esercizio dei poteri di autotutela e di provvedimenti di secondo livello; (ii) all'ottimale esecuzione dell'attività per la conclusione di accordi e/o intese tra p.a., o tra p.a. e cittadino; (iii) alle regole di efficienza ed efficacia nello svolgimento della fase istruttoria; (iii) al corretto formarsi delle determinazioni di discrezionalità amministrativa e/o di discrezionalità tecnica.

Nella categoria "**personale**" sono annoverati gli interventi, nel 2020, dell'Organismo nelle questioni di: (i) inconfiribilità e (ii) incompatibilità del conferimento di incarichi all'interno della pubblica amministrazione regionale; (iii) performance, valutazioni del personale e, più in generale, rispetto delle regole stabilite per il buon funzionamento dell'organizzazione amministrativa all'interno del D. Lgs. 165/2001 (cd. *Ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*) e normativa integrativa, anche di livello regionale.

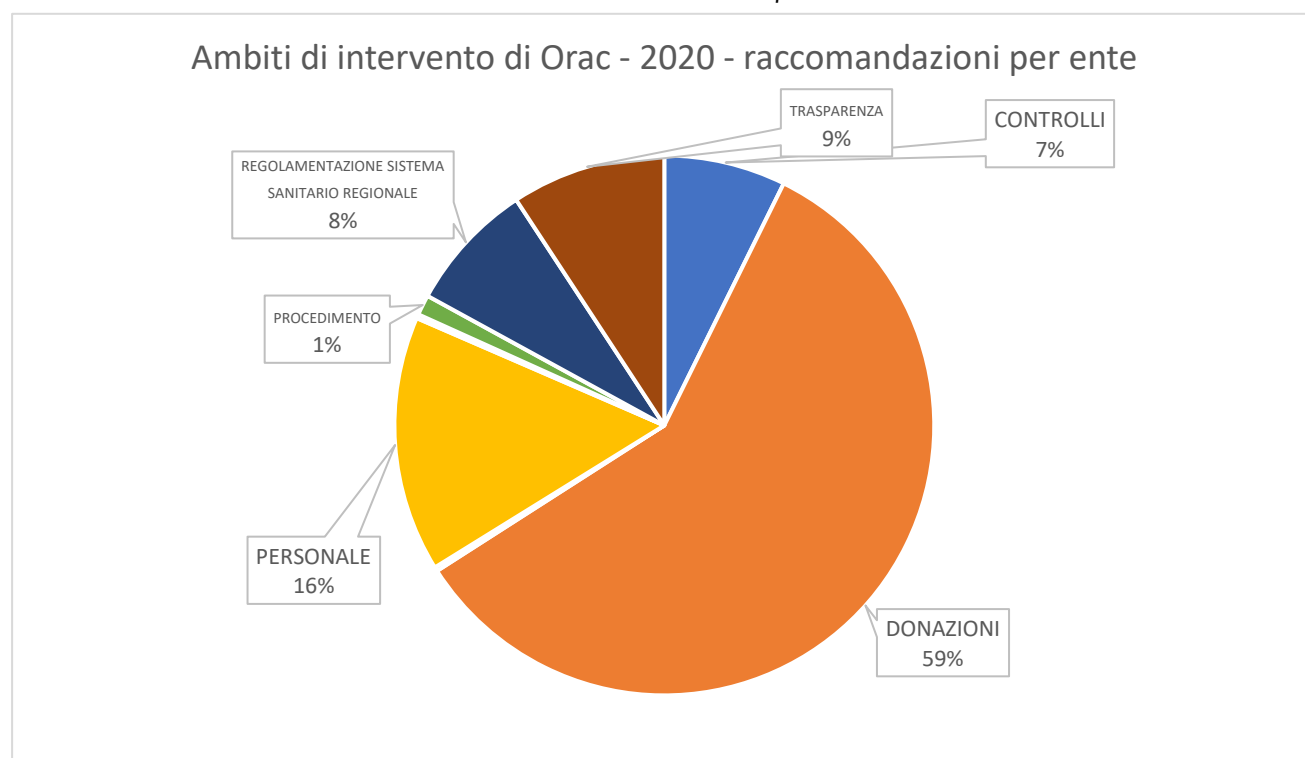
Sotto la voce "**trasparenza**" sono invece riportate le raccomandazioni di Orac aventi ad oggetto, da un lato, il puntuale assolvimento degli obblighi stabiliti dal D. Lgs. 33/2013 (cd. *Diritto di accesso civico, obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni*) e, dall'altro, il più generale controllo finalizzato ad assicurare che il farsi dell'azione amministrativa si impronti al paradigma, più volte affermato da parte della giurisprudenza amministrativa, della "amministrazione come casa di vetro", garantendo l'accessibilità e l'intelligibilità delle informazioni e dei dati al cittadino.

Inoltre, con la dizione "**regolamentazione del servizio sanitario**" è riassunto l'intervento dell'Organismo finalizzato a implementare l'ottimale attuazione delle regole del buon funzionamento nella complessa realtà del servizio sanitario regionale, a favore dei vari soggetti coinvolti (Direzioni di RL competenti, Asst, Ato, IRCCS), principalmente rappresentato, nel 2020, all'interno del documento "*Decisioni in materia sanitaria e*

meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie”, approvato con deliberazione n. 14 del 7 dicembre 2020.

Infine, sotto la voce “**prevenzione rischi situazioni emergenziale**” si ricomprende l’attività effettuata da Orac per indagare come le funzioni di controllo degli Enti del SiReg avessero reagito all’emergenza pandemica, con il fine di supportare gli stessi e per individuare eventuali criticità ed elementi virtuosi emersi a seguito dello sviluppo della pandemia (tale attività, anche alla luce della sua intrinseca peculiarità, è rendicontata nell’apposito capitolo della relazione del II semestre 2022).

Così chiariti gli ambiti dell’intervento dell’Organismo in relazione alle raccomandazioni emanate nel 2020, si può ora rappresentare l’analogo dato, per la stessa annualità, in relazione alle *raccomandazioni per ente*.



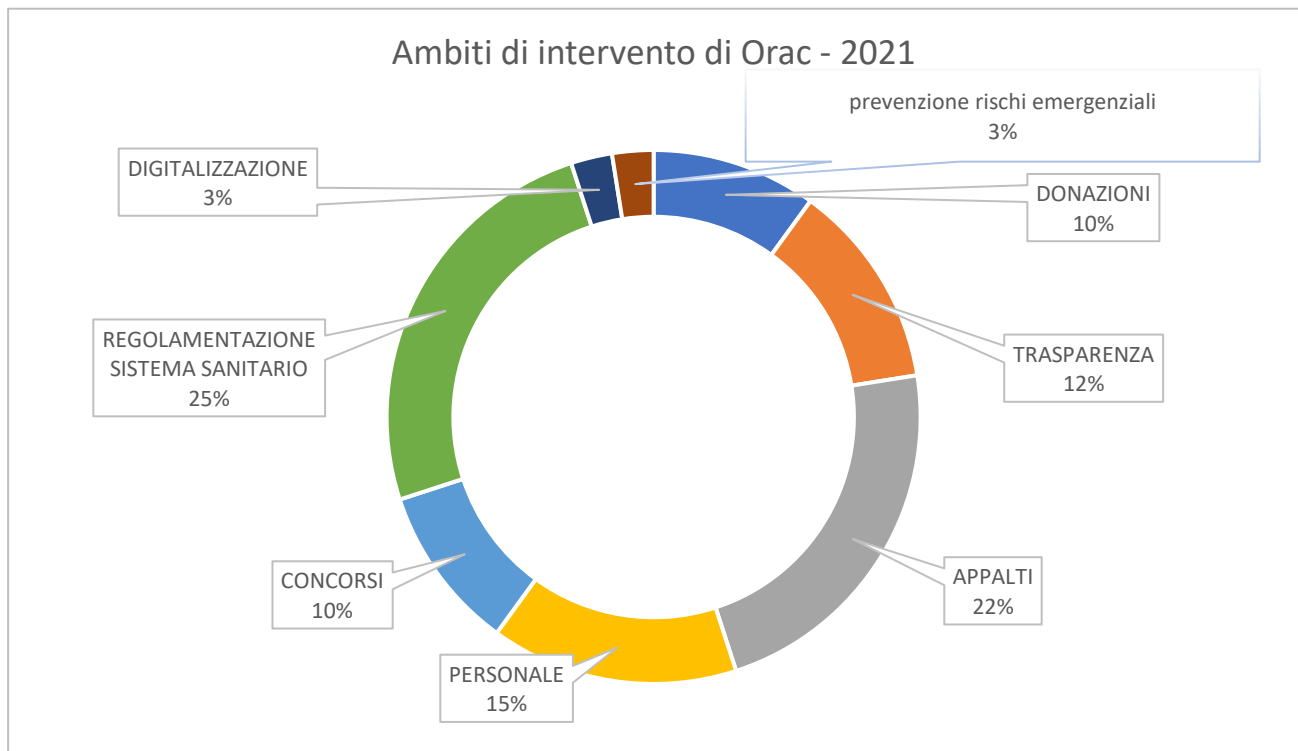
Si può facilmente osservare una diversa rappresentazione percentuale degli ambiti di intervento, in cui spicca per rilevanza (59%) il tema delle **donazioni**. All’interno di tale categoria rientrano le raccomandazioni emanate dall’Organismo per supportare gli enti sanitari nella complessa attività di gestione delle erogazioni liberali ricevute durante il periodo di emergenza pandemica da Covid-19. Si tratta, dunque, principalmente delle indicazioni sulla necessità di pubblicare sui siti web di ciascun ente i regolamenti in tema di donazioni, oltre che di aggiornarli alle più recenti indicazioni provenienti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione.

La ragione del perché le *raccomandazioni per ente* in tale ambito sono così elevate risiede nella circostanza che le indicazioni formulate da Orac (7) sono state rivolte,

ciascuna, a n. 40 enti del SiReg operanti nell'ambito della sanità (27 Asst, 8 Ats, 4 IRCCS, Areu).

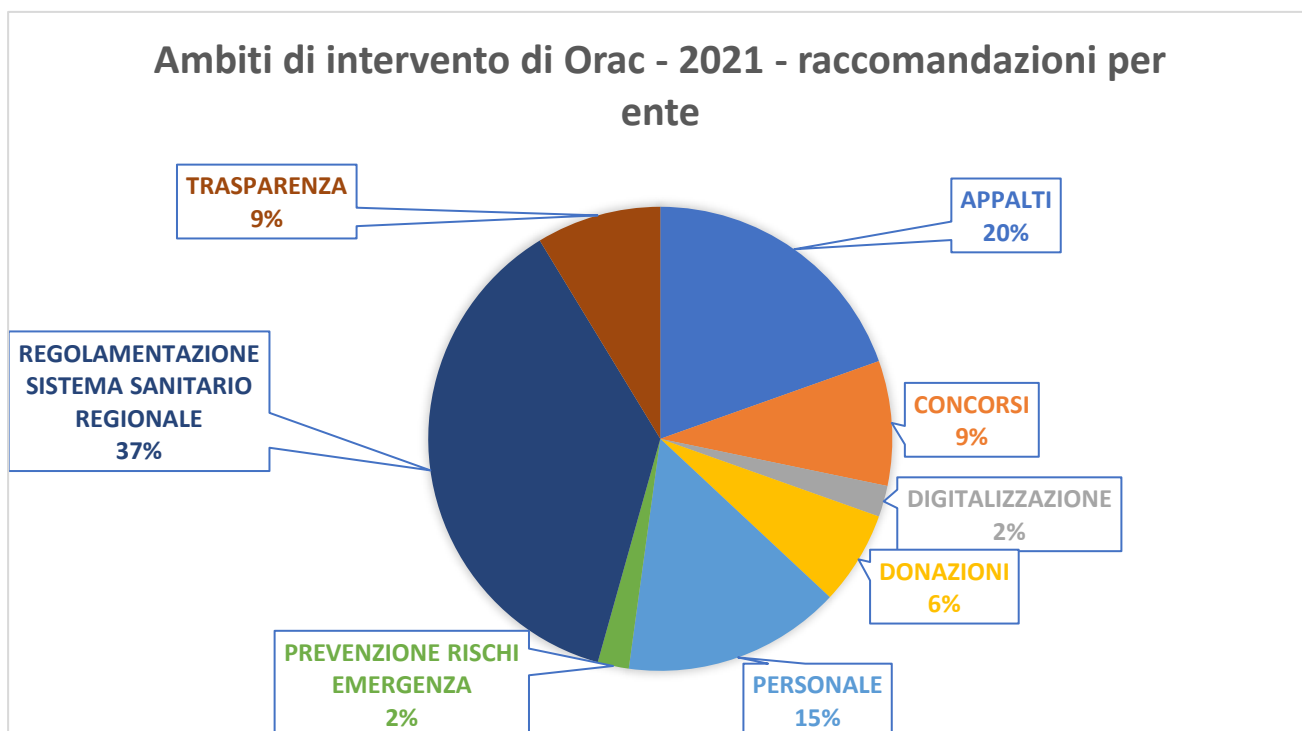
L'analisi di tale dato consente due riflessioni: in primo luogo, l'attenzione dell'Organismo nell'ambito delle donazioni non ha contraddistinto l'attività del 2020 in maniera maggiormente pregnante rispetto agli altri settori prima citati (primi tra tutti, i controlli); in secondo luogo, l'interesse di Orac per il tema in commento ha fatto sì che l'influsso della sua azione di intervento si sia riverberato su un numero consistente di enti, consentendo l'esplicarsi della funzione di vigilanza collaborativa con la generalità dei soggetti che compongono l'amministrazione sanitaria regionale.

Si possono ora mostrare i dati relativi agli ambiti di intervento dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo nel 2021.



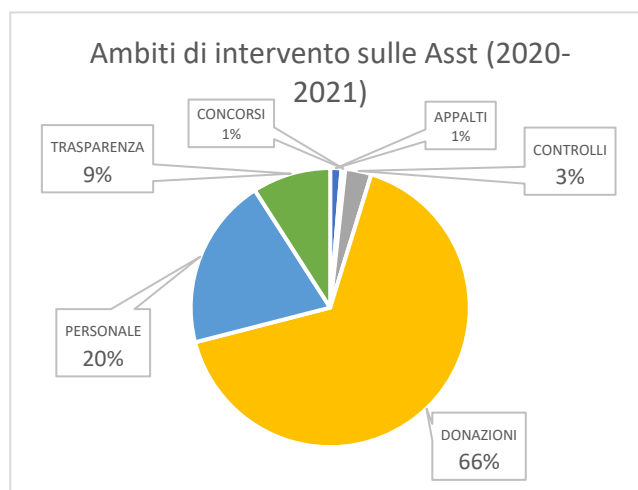
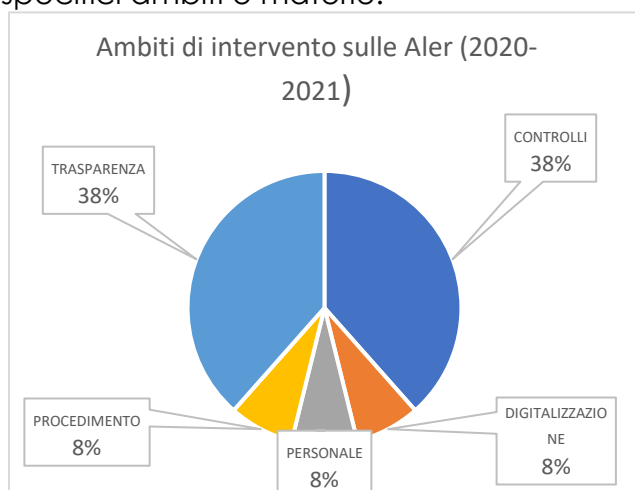
Ne emerge un sostanziale prosieguo dell'attività avviata nell'anno precedente, con un aumento, però, considerevole dell'intervento dell'Organismo nel settore delle procedure di **appalto** poste in essere da RL e dagli enti SiReg (dall'1 % al 22%) e con la comparsa, per la prima volta, della categoria specifica dei "**concorsi**" (10%). Tale ambito viene diversificato rispetto al settore del personale perché, con la dizione "concorsi", si vogliono indicare le raccomandazioni formulate da Orac specificamente rivolte al rispetto delle regole amministrative delle procedure concorsuali, tanto per l'assunzione di personale a tempo indeterminato o determinato, quanto per il conferimento di incarichi all'esito di una valutazione comparativa tra più candidati.

È possibile ora indicare la percentuale di *raccomandazioni per ente* in ogni ambito di intervento per l'anno 2021.



Risulta di palmare evidenza come l'attività dell'Organismo, all'esterno, nel 2021, sia ricaduta principalmente (37%) sugli attori istituzionali operanti nel settore sanitario, mediante la emanazione di raccomandazioni aventi ad oggetto il tema della regolamentazione del sistema sanitario.

È inoltre possibile rappresentare in che modo le singole tipologie di enti siano state raggiunte dall'Organismo, attraverso la formulazione di specifiche raccomandazioni, per specifici ambiti e materie.

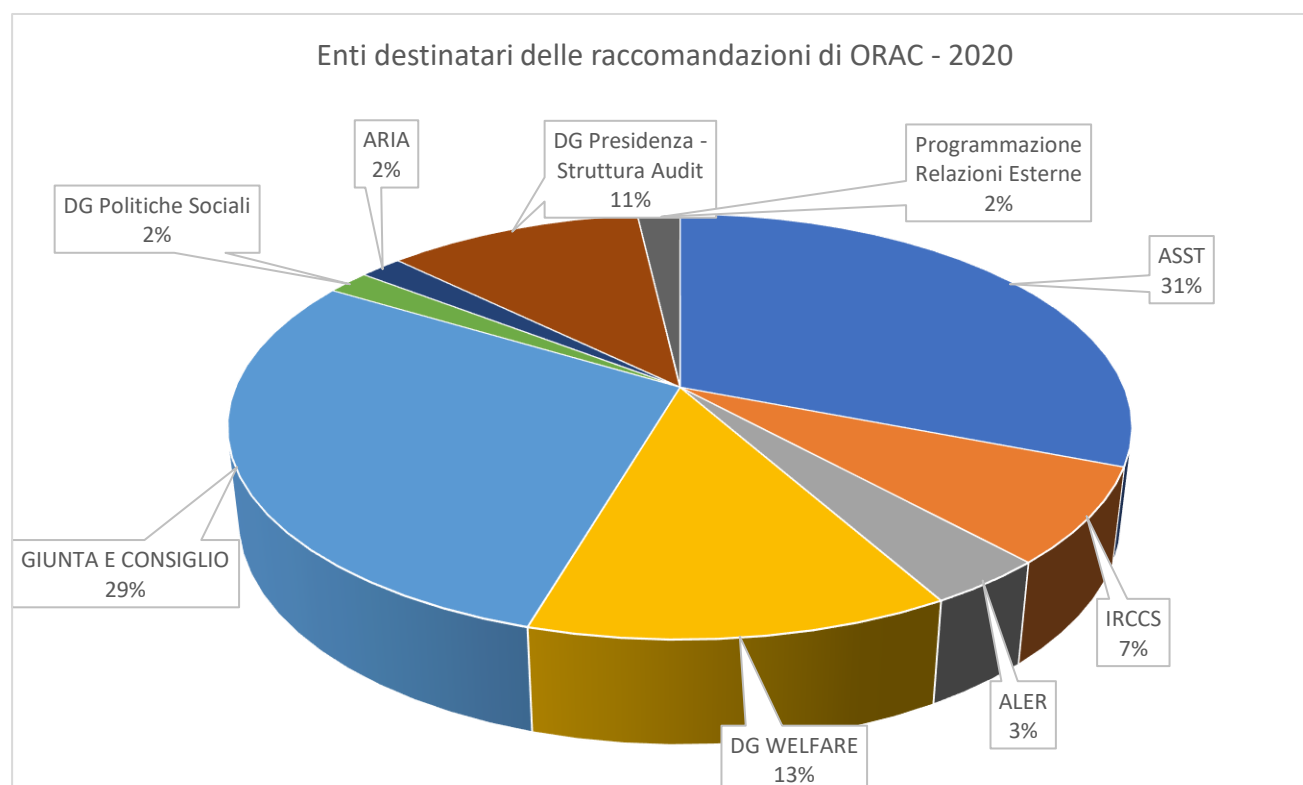


Nei due grafici sopra riportati, si evidenziano i settori di interesse in relazione ai quali l'Organismo si è focalizzato in relazione alle Aziende Lombarde per l'edilizia residenziale

pubblica (Aler) e alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (Asst). Con le Aler, Orac si è concentrato maggiormente sui temi della corretta gestione delle attività degli Organismi di Vigilanza, dei Collegi Sindacali, della pubblicazione delle rispettive relazioni annuali e dell'aggiornamento dei Modelli Organizzativi di Gestione (cd. Mog). Si spiega così la prevalenza degli ambiti di intervento "controllo" e "trasparenza" in relazione a tale tipologia di enti (l'analisi di dettaglio dell'attività svolta su tali argomenti sarà rendicontata in semestrale nel paragrafo afferente all'Ob. 4 del PdA 2022).

In relazione alle Asst, invece, in armonia con i dati prima rappresentati, l'Organismo si è concentrato principalmente sul tema della corretta gestione e rendicontazione delle erogazioni liberali ottenute durante il periodo emergenziale, oltre che sulle procedure afferenti alla gestione del personale, in risposta alle segnalazioni pervenute.

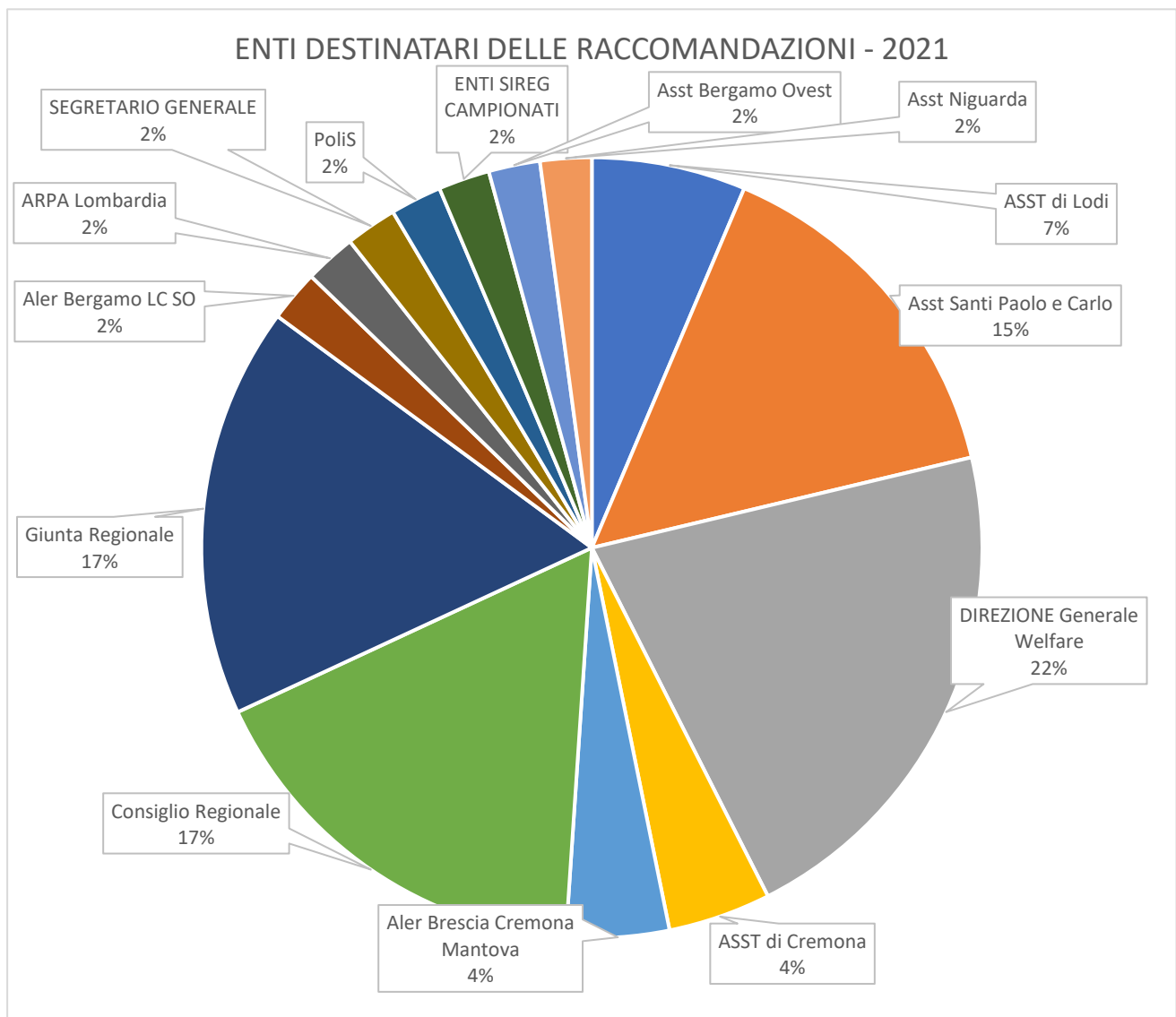
È inoltre possibile rappresentare, a livello generale, gli enti destinatari, per anno, delle raccomandazioni formulate dall'Organismo.



Il grafico sopra riportato esprime, in forma percentuale, i soggetti di Regione e gli enti del SiReg cui sono state rivolte le raccomandazioni formulate dall'Organismo nel 2020. Ne emerge che la maggior parte degli enti raccomandati opera nell'ambito della sanità territoriale (13% DG Welfare; 31% Asst; 7% IRCCS). Anche le raccomandazioni rivolte nel 2020 alla Giunta e al Consiglio di Regione Lombardia, formulate all'interno del citato documento "Decisioni in materia sanitaria e meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie", afferiscono all'ambito tematico della regolamentazione del sistema sanitario regionale. In particolare, l'Organismo ha ritenuto di esaminare il progetto di legge di riforma del servizio sanitario regionale, in ragione della importanza rivestita dalla materia

sanitaria in ambito regionale – acuita dalla situazione di emergenza pandemica affrontata nel 2020 e 2021 – e, in considerazione della mole di attività svolta nei primi anni di attività, specificamente dedicata alle tematiche affrontate dalla riforma in commento. Alla luce di queste premesse, si è ritenuto opportuno non far mancare il proprio contributo agli organi di governo regionale (Giunta e Consiglio) anche formulando raccomandazioni che, considerata la natura dei destinatari e l'oggetto dell'esame, vanno intese con diversa portata rispetto alle ordinarie raccomandazioni rivolte ai naturali destinatari, e cioè alle articolazioni organizzative della Giunta ed enti del SiReg.

Di seguito, invece, si rappresentano, in forma percentuale, i soggetti di RL e gli enti del SiReg cui sono state rivolte le raccomandazioni formulate dall'Organismo nel 2021.

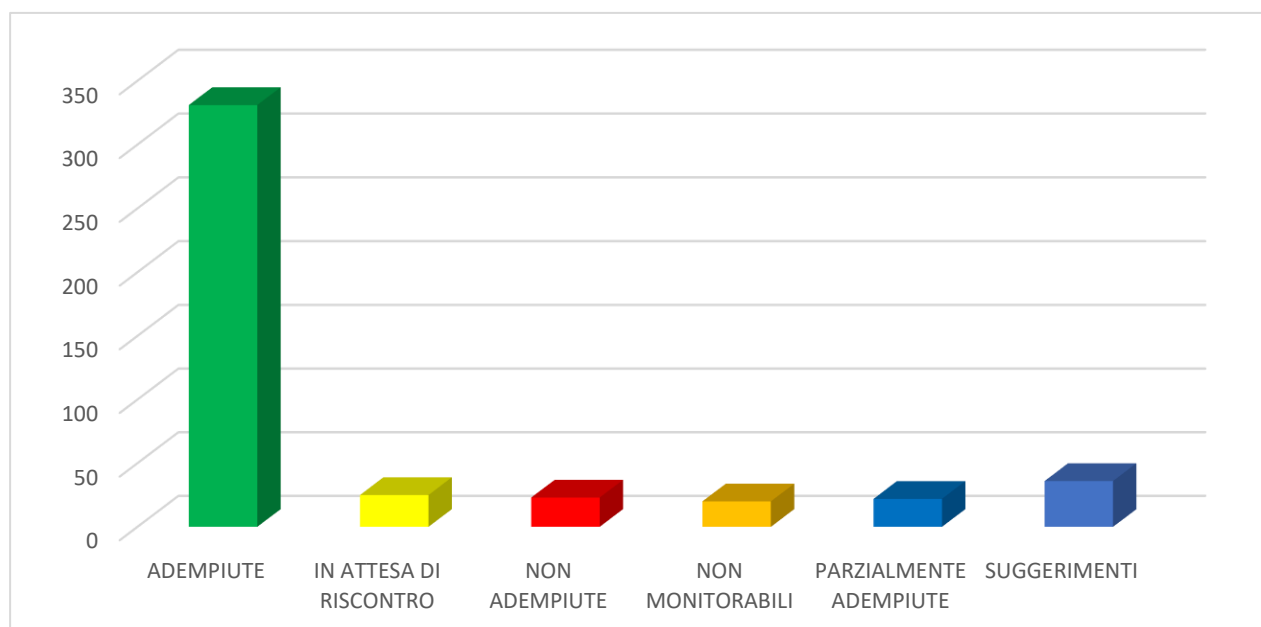


Anche dall'analisi degli enti destinatari delle raccomandazioni formulate nel 2021 emerge una prevalenza degli enti operanti nel settore sanitario (le Asst per il 30%, la DG Welfare per il 22%).

Così effettuata una ricognizione circa gli ambiti di intervento dell'Organismo e circa gli enti destinatari delle raccomandazioni, è ora possibile analizzare, a livello statistico, gli **esiti**.

Nel grafico che segue, infatti, vengono riportati gli esiti alle *raccomandazioni per ente* formulate tra il 2020 e il 2021, distinguendosi le seguenti categorie:

- (i) **Adempite** – l'ente raccomandato ha già svolto azioni per conformarsi alle indicazioni procedurali o sostanziali mosse dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo;
- (ii) **Non adempite** – l'ente non ha posto in essere azioni conformative rispetto a quanto raccomandato (in limitati casi, affermando esplicitamente la contrarietà alle indicazioni fornite);
- (iii) **In attesa di riscontro** – si è in attesa di un riscontro da parte dell'ente per valutare l'adempimento o meno alle raccomandazioni formulate o è ancora in corso l'attività necessaria al corretto espletamento di un controllo in merito;
- (iv) **Parzialmente adempite** – l'ente ha posto in essere parte delle azioni migliorative raccomandate da Orac;
- (v) **Non monitorabili** – la raccomandazione, a ragione della sua formulazione, è censita come non monitorabile per l'impossibilità di rinvenire elementi oggettivi cui ancorare il controllo e il monitoraggio.



Dalla visione del grafico è di palmare evidenza come la assoluta maggioranza delle raccomandazioni formulate sia stata adempita da parte degli enti del SiReg o da RL. I casi di non adempimento, di non monitorabilità, di parziale adempimento o di riscontro necessario non ancora ottenuto, invece, sono equamente distribuiti tra loro.

Possono citarsi alcuni casi in cui si è assistito al rispetto delle prescrizioni formulate dall'Organismo o al recepimento di linee di tendenza, da parte del legislatore regionale o dell'amministrazione, le quali muovono nel senso prospettato da Orac.

Nell'ambito della regolamentazione del **servizio sanitario regionale**, con la deliberazione 9/2022 si è raccomandato alla Direzione Generale Welfare di vigilare affinché le aziende dotino gli Uffici di Pubblica Tutela delle necessarie risorse professionali e informatiche per l'efficace perseguimento dei propri compiti istituzionali. Ebbene, è stato di recente presentato un emendamento in merito al comma 4 dell'art. 23 bis della l.r. 33/2009, ai sensi del quale si dispone per l'incarico di responsabile di UPT una indennità annua lorda onnicomprensiva.

Invece, nell'ambito delle procedure di nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con Deliberazione n. 16 del 2022, si è rappresentata l'esigenza di allargare l'area della trasparenza e degli oneri informativi riguardanti, a livello regionale e aziendale, sia i nominati che i componenti della rosa non nominati. Pur sottolineando l'importanza di procedere puntualmente alle dovute pubblicazioni in riferimento ai procedimenti ormai conclusi, è da rilevare che, nell'ambito della procedura attualmente in corso, sono stati pubblicati i CV dei candidati inclusi ed esclusi dalla rosa sul sito istituzionale di RL, come ribadito dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

La descrizione puntuale delle tematiche ora solo citate è contenuta all'interno del relativo capitolo della presente relazione.

Con deliberazione n. 3/2021, invece, si è raccomandato alla DG Welfare di fornire indicazioni agli enti del SSR circa le verifiche da effettuare durante la fase esecutiva delle procedure di appalto. Ebbene, la Direzione Generale ha recentemente comunicato che nella prossima delibera di approvazione delle determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023, relativamente agli acquisti, saranno tenute in considerazione le raccomandazioni di ORAC.

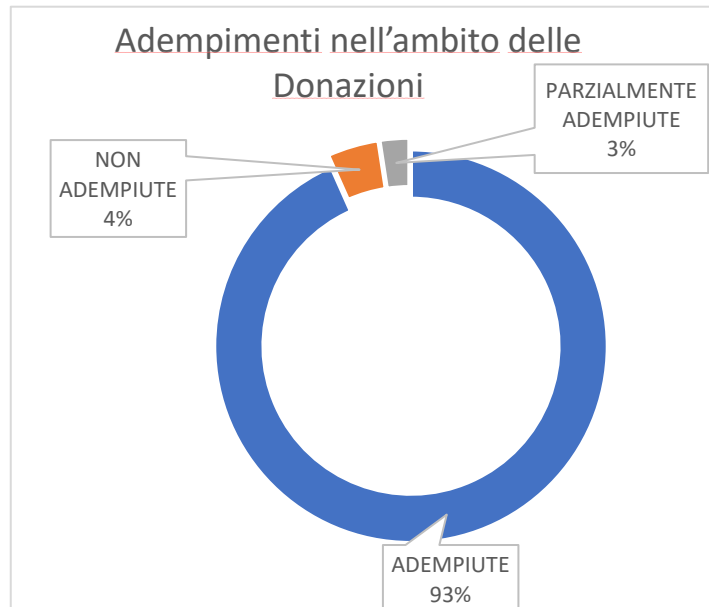
Inoltre, con deliberazione n. 17/2021 si è raccomandato alla DG Welfare di formalizzare con atto di indirizzo gli obblighi delle Aziende dei Servizi alla Persona relativamente alle procedure di accesso agli atti. La Direzione Generale Welfare ha recentemente comunicato si confronterà in proposito con la DG Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità nell'ambito del Tavolo Tecnico di Lavoro istituito con l'ATS di Milano e il DG del Pio Albergo Trivulzio.

Nell'ambito dei controlli in materia di **fideiussioni**, invece, dall'analisi delle risposte degli enti del SiReg alla nota congiunta del Presidente di Orac e della Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia, in merito al controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie stipulate è emersa una situazione di sostanziale conformità alle *best practices* in materia richieste da Bdl, Ivass, Consob. Orac procederà nel 2023 ad un Follow Up per verificare l'omogeneizzazione delle pratiche virtuose tra gli enti del sistema. La descrizione puntuale di tale attività è contenuta nel relativo capitolo della presente relazione.

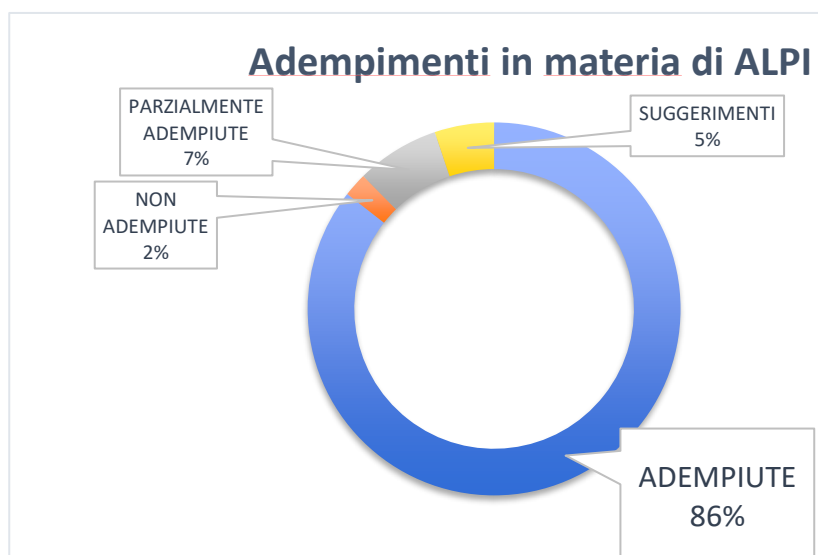
Nell'ambito delle indicazioni rivolte alla rete dell'**Internal Auditing**, invece, con deliberazione 15 del 2020 si è raccomandato alle aziende sanitarie di rispettare le misure definite dalle Delibere delle Regole relativamente alla collocazione organizzativa e alla dotazione delle strutture incaricate della funzione audit.

Dai controlli effettuati emerge un progressivo allineamento alle indicazioni fornite, specie sul punto della necessità di assicurare che il riporto gerarchico avvenga alla Direzione Generale delle Aziende.

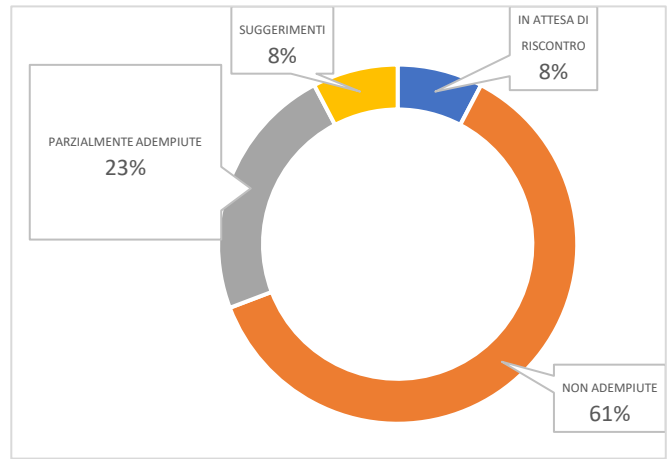
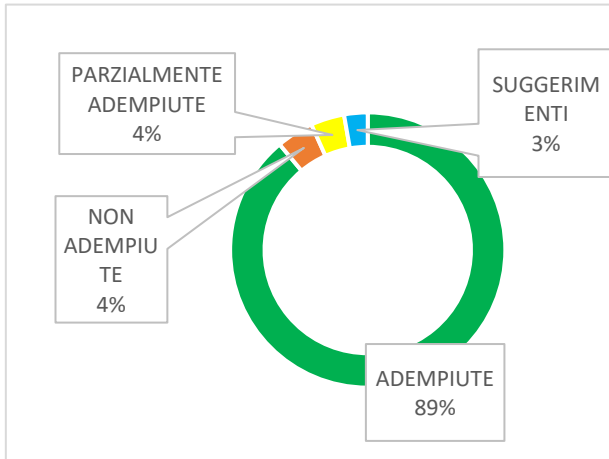
Nell'ambito delle **erogazioni liberali**, con deliberazione 13 del 2020 si è raccomandato alle aziende sanitarie di adottare regolamenti in materia di erogazioni liberali, di aggiornarli alla luce delle indicazioni di ORAC e di pubblicarli sui propri siti istituzionali. A seguito degli ultimi controlli effettuati in materia, emerge una situazione di pressoché totale adempimento alle raccomandazioni: tutti gli enti hanno adottato i regolamenti e quasi tutti li hanno aggiornati e pubblicati nella sezione «amministrazione trasparente».



Nell'ambito della **Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)**, con deliberazione 18 del 2020 sono state rivolte raccomandazioni in tema di Libera Professione Intramoenia. Dai controlli svolti, è emerso un sostanziale adempimento alle prescrizioni dell'Organismo, anche attraverso i follow up eseguiti nel 2022. I non adempimenti riguardano l'assenza di specifiche misure per fronteggiare il rischio di *drop-out* (prenotazioni raccolte dal CUP ma non eseguite per assenza); e una sottostima nell'analisi dei rischi contenuti nei PTPCT dei procedimenti in materia ALPI, specie sul controllo dei volumi di attività. I dettagli sono descritti nel relativo capitolo della relazione del secondo semestre del 2022.



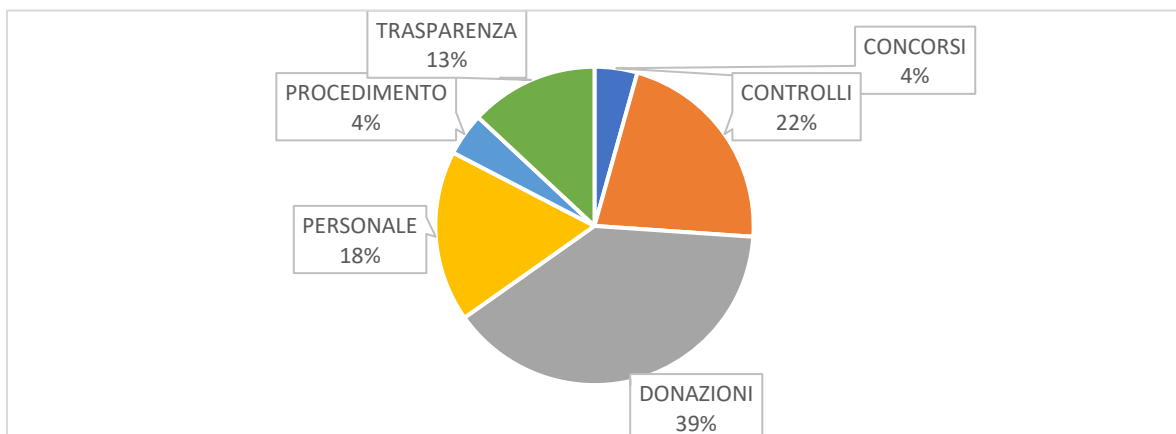
Il grafico riportato in basso a sinistra mostra le percentuali degli esiti per le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, mentre il grafico a destra mostra le percentuali di adempimento delle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale.



Segue, invece, un grafico rappresentante gli ambiti di intervento dell'Organismo in relazione ai quali non vi sono stati adempimenti.

Ambiti di Intervento dell'Organismo per le raccomandazioni non adempite.

Si tratta di **pochi casi (23 su 457)**, in relazione ai quali l'Organismo ha già effettuato



le segnalazioni previste dalla legge istitutiva o sta portando avanti la propria attività, attraverso sollecitazioni e follow up, per raggiungere e far raggiungere i risultati positivi sperati, nell'ottica della *vigilanza collaborativa*.

Occorre altresì tenere in considerazione che, in alcuni casi, dietro un inadempimento formale può celarsi **un sostanziale rispetto del contenuto della raccomandazione** formulata dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo. Un esempio valga per

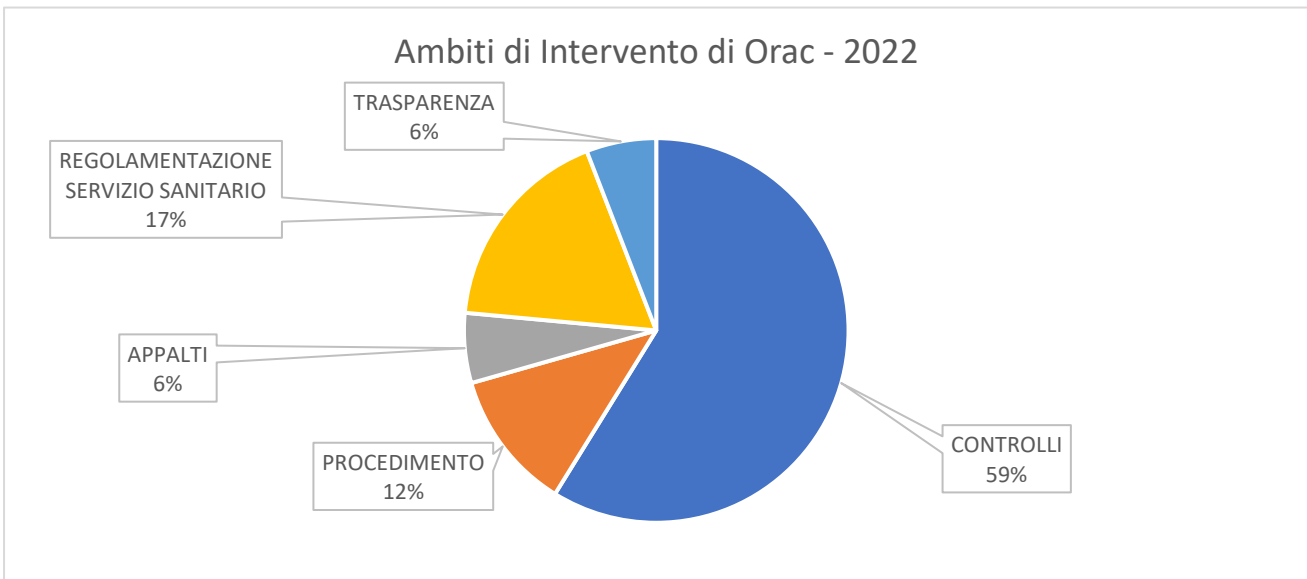
tutti: una Asst, cui è stato raccomandato di aggiornare il regolamento in materia di donazioni al fine del contenimento dei rischi connessi all'incameramento delle liberalità. L'ente non ha ancora aggiornato il regolamento in materia di donazioni ma ha optato per una più specifica integrazione del PTPCT 2022-2024 nel quale è prevista un'apposita sezione sulla trasparenza delle donazioni. I procedimenti relativi alle donazioni sono inoltre stati analizzati dal punto di vista di rischio corruttivo con particolare attenzione al rischio legato al riciclaggio. Le donazioni sono state rendicontate utilizzando l'apposito modello elaborato da ANAC e Ministero dell'Economia e delle Finanze e pubblicate nella sottosezione di primo livello "Interventi straordinari e di emergenza" all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente".

In alcuni casi, invece, a ragione della formulazione delle raccomandazioni, le stesse sono state censite come **non monitorabili**, attesa l'impossibilità di identificare elementi oggettivi cui ancorare il controllo e il monitoraggio. Si riportano alcuni esempi testuali, in cui si è raccomandato di «Assicurare in modo più stringente l'obiettività e la trasparenza delle operazioni valutative poste in essere dalle Commissioni di concorso, nonché la possibilità di controllo ex post delle medesime operazioni, valutando la possibilità di eseguire videoregistrazione delle prove orali» (delibera 13/2021, in materia di procedure selettive); o di «Riflettere sul divario tra modello teorico scelto e sua materiale implementazione, confrontando aspettative e risultati realmente ottenuti» (deliberazione 14/2020, in materia di finanziamenti alle aziende sanitarie). Tali raccomandazioni sono state formulate in data antecedente rispetto alla modifica del Regolamento sull'Organizzazione e sul Funzionamento di Orac, citato in apertura, e dunque prima che vi fosse chiarezza normativa circa la distinzione di effetti tra emanazione di suggerimenti e di raccomandazioni in senso stretto. Ad ogni modo, l'indagine circa il monitoraggio così condotta potrà consentire all'Organismo di attenzionare anche la formulazione stilistica delle raccomandazioni emanate.

Infine, è già possibile elaborare i primi dati relativi alle **raccomandazioni** formulate dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo **nel 2022**.

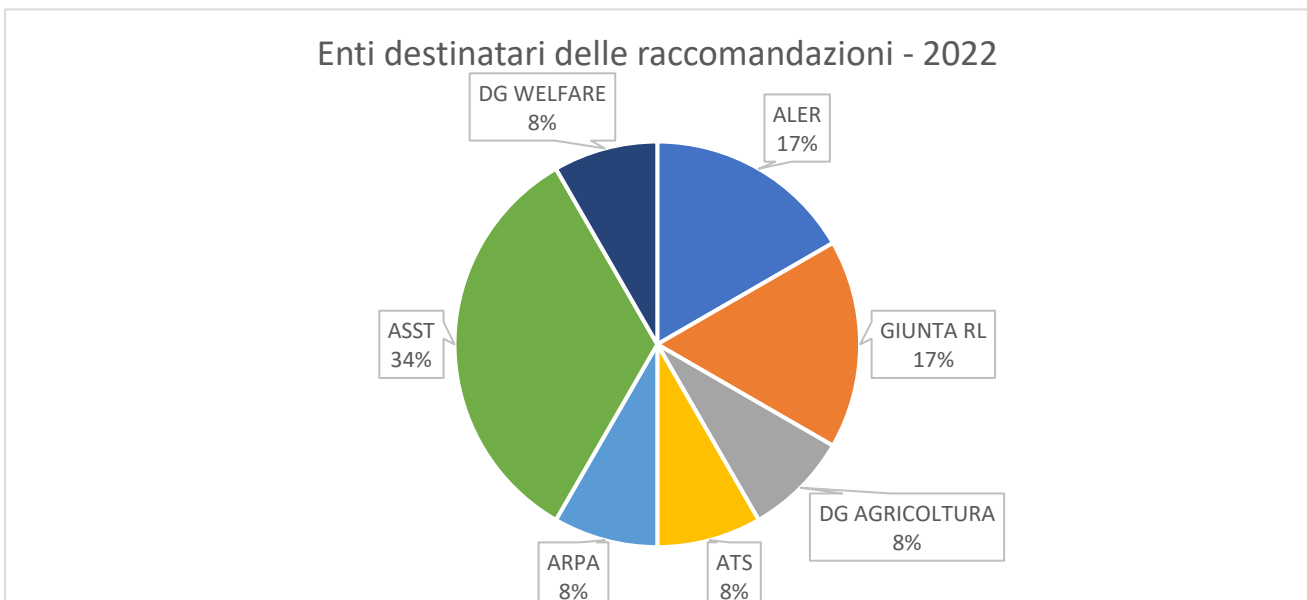
Si assiste ad un sostanziale prosieguo dell'attività per ambiti di intervento: il controllo rappresenta il 59% dell'interesse di Orac (si tratta, nelle fattispecie concrete, di interventi relativi alla programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione da parte degli RPCT degli enti vigilati e ai flussi informativi tra organi di controllo dei soggetti componenti il SiReg).

Una quota importante dell'attività dell'Organismo è, anche per l'anno 2022, costituita dalla regolamentazione del servizio sanitario: Orac si è pronunciato sul tema in commento con l'approvazione della relazione "UPT e Difensore Regionale: Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali".



Di seguito si rappresentano gli enti destinatari delle raccomandazioni formulate nel 2022.

Allo stato attuale, sono state formulate, nell'annualità di riferimento, **n. 17** raccomandazioni, cui si aggiungeranno quelle deliberate con il prosieguo dell'attività dell'Organismo fino al dicembre 2022.



I principali esiti dell'attività sono stati presentati nella seduta Orac del 12 dicembre 2022 alla presenza del Segretario Generale e del Sottosegretario alla Delegazione di Bruxelles e ai Sistemi di Controllo.

OBIETTIVO 1.1-1.3 – Impatto derivante dall'attuazione del PNRR.

Alla luce della recente partecipazione dei componenti dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel Gruppo di Lavoro Attuazione PNRR, costituito dal Segretario Generale di Regione Lombardia, con Decreto n. 14246 del 25 ottobre 2021 – partecipazione avviata dal 24 marzo 2022, con Decreto n. 3927 – ORAC ha effettuato una prima ricognizione istruttoria al fine di perimetrare l'ambito di applicazione delle misure del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato alla Commissione europea ai sensi degli artt. 18 ss. del Regolamento UE 2021/241, valutato positivamente con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretario Generale del Consiglio il 14 luglio 2021, rilevanti per Regione Lombardia.

In particolare, l'interesse dell'Organismo consiste nell'analisi dei progetti o degli interventi che, in ambito regionale, attuino specifiche progettualità finanziate dagli investimenti previsti dal PNRR, in relazione ai quali Regione Lombardia risulti essere Soggetto Attuatore, con diretta ricaduta sul bilancio dell'Amministrazione.

Tale analisi è preordinata alla elaborazione di una strategia di monitoraggio – o di vigilanza collaborativa nell'altrui attività di monitoraggio – dello stato di avanzamento dei lavori finanziati attraverso gli investimenti e le riforme del PNRR, con l'obiettivo di fornire un ausilio nelle procedure di controllo e rendicontazione.

Il fine ultimo del GdL dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo è infatti quello di addivenire alla elaborazione di un questionario di autodiagnosi o di altro strumento documentale utile per favorire la verifica dell'adeguatezza delle azioni di controllo poste in essere da tutti gli attori coinvolti nel complesso meccanismo di finanziamento contenuto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, interloquendo con le Direzioni Generali e con gli enti del Sistema Regionale interessati.

L'indagine dell'Organismo ha preso avvio dall'acquisizione e condivisione dei seguenti documenti:

- 1- La relazione allegata al Giudizio di Parifica del Rendiconto Generale della Regione Lombardia – esercizio 2021, dal titolo "*PNRR Regione Lombardia*" della Sezione Regionale del Controllo per la Lombardia della Corte dei Conti, del luglio 2022;
- 2- La circolare n. 30 dell'11 agosto 2022 del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in tema di "*Procedure di controllo e di rendicontazione delle Misure PNRR*", con i relativi allegati, tra cui, in particolare, le "*Linee Guida per lo Svolgimento delle Attività di Controllo e Rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni Centrali e dei Soggetti Attuatori*";

- 3- La “Strategia Generale Antifrode per l’Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, del Ministero dell’Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, dell’ottobre 2022;
- 4- La documentazione presentata dalla Struttura Programmazione Strategica di Regione Lombardia, condivisa nell’ambito degli incontri del Gruppo di Lavoro Attuazione PNRR istituito presso il Segretario Generale.

All’esito di un primo accertamento, è apparso sin da subito dirimente diversificare gli interventi finanziati nell’ambito del PNRR in cui Regione Lombardia risulti essere l’unico Soggetto Attuatore da quelli che, interessando parimenti il territorio lombardo, ricadono non solo sul bilancio regionale, ma anche su quello di altri soggetti privati o pubblici, quali ad esempio le Aziende Lombarde per l’Edilizia Residenziale (ALER), le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), etc, e in relazione ai quali siano presenti anche soggetti attuatori esterni ed ulteriori rispetto a RL.

Con la locuzione “Soggetto Attuatore” si fa riferimento, come è noto, a quel soggetto, pubblico o privato, responsabile dell’attuazione dell’intervento o del progetto finanziato dal PNRR. In particolare, l’art. 1, co. 4, lett. o) del D.L. 77/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 108/2021, stabilisce che i Soggetti Attuatori sono “soggetti pubblici o privati che provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR”; norma da leggersi in combinato disposto con l’art. 9, co. 1, D. L. 77/2021, a mente del quale alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome e gli Enti Locali, sulla base delle specifiche competenze istituzionali ovvero della diversa titolarità degli interventi definita dal PNRR, attraverso le proprie strutture ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR, ovvero con le modalità previste dalla normativa nazionale ed europea vigente.

L’organizzazione di governance e di controllo dell’attuazione delle misure previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è disciplinata a livello nazionale dal citato D.L. 77/2021 e ss.mm.ii. (Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure). In particolare, il monitoraggio e la rendicontazione sono affidati al Servizio centrale per il PNRR (art. 6) istituito presso il Ministero dell’economia e delle finanze (MEF), che rappresenta il punto di contatto nazionale con la Commissione europea per l’attuazione del piano. Nel MEF è istituito un ufficio dirigenziale presso la Ragioneria dello Stato con funzioni di audit del PNRR e di controllo anticorruzione (art. 7), mentre le amministrazioni centrali titolari di interventi previsti dal PNRR devono costituire una struttura di coordinamento come punto di contatto con il Servizio centrale per il PNRR (art. 8).

Alla realizzazione operativa degli interventi provvedono i singoli Soggetti Attuatori: Amministrazioni centrali, Regioni, Province autonome ed enti locali, sulla base delle specifiche competenze istituzionali o della diversa titolarità degli interventi, così come definita dal PNRR. Il monitoraggio, l’attuazione e il controllo rimangono a livello centrale, con un ruolo speciale del Ministero dell’Economia e delle Finanze, mentre il

coordinamento dell'attuazione viene attribuito alle varie amministrazioni centrali, in particolare ai ministeri, secondo le proprie competenze (art. 9).

Il Decreto prevede inoltre un potere sostitutivo (art. 12) in caso di mancato rispetto da parte delle Regioni e degli altri enti decentrati degli obblighi e degli impegni finalizzati all'attuazione del PNRR, oltre ad una procedura di superamento dell'eventuale dissesto (art. 13). L'art. 12, in particolare, prevede che in caso vi sia una inadempienza da parte di Regioni nell'attuazione di un progetto o di un intervento previsto nel PNRR, lo Stato può attivare da subito un procedimento ad hoc mediante intervento del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta della Cabina di regia o del Ministro competente. Con tale procedimento possono essere diffidati i soggetti attuatori a eseguire gli atti di propria competenza entro 30 giorni, decorsi i quali, possono essere nominati commissari ad acta al fine di rispettare gli obblighi e gli impegni finalizzati all'attuazione del PNRR.

Dall'analisi del Decreto e dalla lettura della citata relazione della Sezione Regionale del Controllo per la Lombardia della Corte dei Conti emerge che le Regioni, in quanto Soggetti Attuatori, assumono la responsabilità della gestione dei singoli Progetti, sulla base degli specifici criteri e modalità stabiliti nei atti provvedimenti di assegnazione delle risorse finanziate dal Piano, adottati dalle Amministrazioni centrali titolari degli interventi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente per i singoli settori di riferimento.

Conseguentemente, i Soggetti Attuatori: (i) accedono ai finanziamenti partecipando ai bandi/avvisi emanati dai Ministeri competenti per la selezione dei progetti, ovvero ai provvedimenti di riparto fondi ove previsto; (ii) ricevono, di norma, direttamente dal Ministero dell'Economia e delle Finanze le risorse occorrenti per realizzare i progetti, mediante versamenti nei conti di tesoreria; (iii) sono responsabili degli adempimenti amministrativi connessi alla realizzazione dei progetti (quale, ad esempio, l'espletamento delle procedure di evidenza pubblica preordinate all'attribuzione delle risorse); (iv) devono realizzare gli interventi nel rispetto delle regole specifiche stabilite per il PNRR, a pena della revoca del finanziamento; (v) sono responsabili delle attività connesse alla gestione, monitoraggio, controllo amministrativo e rendicontazione delle spese sostenute durante le fasi di attuazione; prevenendo e correggendo eventuali irregolarità e restituendo, se del caso, le risorse indebitamente utilizzate.

Premessa tale sommaria analisi degli obblighi che gravano su Regione quale Soggetto Attuatore, il Gruppo di Lavoro dell'Organismo è concorde nel procedere ad una ricognizione degli atti normativi e provvedimenti inerenti ad alcuni interventi finanziati attraverso le risorse del Piano, diversificando due fattispecie distinte:

a – gli interventi in cui la governance appartenga alle singole Direzioni Generali di Regione Lombardia e che si sviluppino attraverso il supporto di enti strumentali coinvolti a vario titolo nella realizzazione del progetto e individuati dalla Regione/Soggetto attuatore, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente, e in relazione ai quali la realizzazione delle opere avvenga concretamente attraverso l'attività degli Enti del Sistema Regionale (SiReg);

b – gli interventi gestiti direttamente da Regione Lombardia in qualità di Soggetto attuatore e che abbiano una ricaduta finanziaria effettiva sul bilancio regionale, quale ente direttamente beneficiario dei finanziamenti stanziati dal PNRR.

All'esito di tale ricognizione, sarà possibile ricostruire correttamente la relazione tra tutti gli enti e le strutture di Regione Lombardia interessate, in modo da individuare gli opportuni controlli e i soggetti competenti ad effettuarli.

Il Gruppo di Lavoro dell'Organismo ha dunque stabilito di procedere ad una attenta ricognizione delle "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di Controllo e Rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni Centrali e dei Soggetti Attuatori", allegate alla circolare n. 30 del 11 agosto 2022 del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, al fine di analizzare le forme e le modalità del controllo previste a livello nazionale.

In secondo luogo, si è deciso di analizzare i seguenti interventi, rappresentativi delle due fattispecie prima citate: sub a) gli interventi relativi alla Missione 6 – Salute, in cui risulta preminente il ruolo della Direzione Generale Welfare; sub b) attività da svolgersi nel 2023, i seguenti interventi: M1C3 – Investimento 2.2., attuato attraverso un bando regionale predisposto dalla Direzione Generale Autonomia e Cultura; M5C1 – Riforma 1.1. Programma Garanzia Occupabilità Lavoratori, attuato attraverso la partecipazione della Direzione Generale Formazione e Lavoro.

All'esito di tali ricognizioni, sarà possibile procedere al fine di stabilire le modalità di realizzazione del questionario di autodiagnosi e l'eventuale necessità di dialogare con le Direzioni Generali di RL competenti.

In estrema sintesi e in conclusione, l'obiettivo di Orac, nell'ottica della *vigilanza collaborativa*, consiste nell'offrire un ausilio ai soggetti interessati di RL nelle procedure di controllo e rendicontazione:

- a) rafforzando la consapevolezza dei compiti di ciascuno, anche in relazione agli strumenti da agire (si pensi all'importante strumento del T&T che la Giunta ha esteso da ultimo a tutti gli enti del Sireg o ancora alla necessità di implementare i Piani anticorruzione e trasparenza degli enti attuatori con i presidi a contrasto del conflitto di interessi);
- b) supportando i soggetti con compiti di controllo o gestione con azioni di sistema (formazione, consulenza);
- c) evidenziando, con un processo di autovalutazione, eventuali *gap* da colmare e favorendo l'adozione delle azioni conseguenti.

Infine, in relazione al tema del monitoraggio dell'attuazione delle progettualità finanziate attraverso le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha ribadito l'importanza delle raccomandazioni già formulate all'Amministrazione regionale. Si tratta, in particolare:

- della estensione a livello sistemico delle misure sperimentate in tema di trasparenza e tracciabilità, con invito alle direzioni e alle stazioni appaltanti interessate a prevedere nei Bandi idonee clausole di T&T;
- del dare mandato a Polis-Lombardia di attivare corsi di formazione per DEC e RUP coinvolti nell'attuazione del PNRR;
- di approvare, previo aggiornamento, le linee guida sulla composizione e sul funzionamento dei Collegi Consultivi Tecnici, di cui alla legge 11 settembre 2020, n. 120.

OBIETTIVO 2.2 – Intese collaborative, Protocolli di Intesa e Accordi

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel corso del secondo semestre del 2022, ha proseguito l'attività di collaborazione istituzionale con diversi enti di livello tanto nazionale quanto locale. Di tale attività collaborativa si riassumono, in sintesi, i seguenti aggiornamenti:

- **Protocollo con ANAC.**

In questi mesi è proseguito il raccordo con ANAC per le attività che riguardano la metodologia per il consolidamento degli indicatori del contesto esterno, esteso agli Enti del SIREG; inoltre, a titolo sperimentale, prosegue il confronto con ANAC sul loro progetto di misurazione del rischio corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza. Questa attività si svolge con il supporto dell'Università di Pavia; in particolare si stanno analizzando i dati dell'Osservatorio Regionale dei Contratti Pubblici con l'obiettivo di definire linee operative di analisi dei dati e metodologie di confronto delle informazioni attraverso indicatori a livello settoriale e confronti temporali.

Inoltre, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo sta perfezionando l'iter procedimentale per la sottoscrizione del rinnovo del Protocollo Anac-Orac, al fine di permettere il prosieguo dell'attività di: (i) promozione e organizzazione comune di studi, eventi, workshop e iniziative che promuovano i temi della prevenzione e del contrasto alla corruzione, della trasparenza e dell'etica nella Pubblica Amministrazione nonché individuazione e sviluppo di progetti di ricerca nelle materie oggetto di collaborazione; (ii) scambio di informazioni e la trasmissione dei dati necessari a implementare il sistema degli indicatori previsti ai fini dell'attuazione del Progetto "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza", nel rispetto del segreto istruttorio, del diritto interno e dell'Unione in tema di trattamento dei dati nonché delle rispettive eventuali linee di indirizzo interne; (iii) costruzione di un set di indicatori territoriali su rischio e contrasto della corruzione e di analisi dei modelli di *governance*, delle metodologie e delle pratiche per prevenire la corruzione e promozione della trasparenza anche attraverso lo studio di metodologie di cui all'analisi dei rischi; (iv) valutazione congiunta dell'efficacia e delle modalità di espletamento dei controlli da parte della Regione e degli enti del sistema regionale sugli atti e i provvedimenti richiesti dai piani anticorruzione e dalle regole sulla trasparenza di cui alla legge 190/2012, in considerazione delle iniziative poste in essere dal Responsabile della prevenzione della

corruzione e trasparenza della Giunta regionale, anche su proposta di ORAC, in attuazione dell'art. 3 della legge regionale 13/2018.

- **Tavolo di lavoro Orac – Università Bicocca – Protiviti.**

La Regione d'intesa con l'ORAC, l'Università Bicocca e Protiviti hanno rinnovato il proprio rapporto di collaborazione scientifica in materia di auditing, controllo interno e risk management nel settore pubblico, al fine di stimolare il dibattito tra gli addetti ai lavori e definire nuovi modelli e strumenti applicativi sulla base delle esperienze del settore pubblico della Lombardia.

I principali ambiti di sviluppo e confronto del Tavolo di Lavoro riguardano l'esplorazione di nuove metodologie e approcci utilizzabili dalla funzione Internal Audit per l'analisi e il miglioramento del sistema di controllo interno regionale. In particolare:

1) I modelli per la Gestione del Sistema di Controllo interno nel settore pubblico: definizione, anche mediante attività di comparazione e benchmark a livello internazionale, di un modello concettuale di rappresentazione dei sistemi di controllo interno che possa essere di riferimento a livello nazionale, con particolare focus sui diversi livelli di controllo esistenti e sul ruolo della funzione di Audit in tale contesto, in particolare nel settore pubblico della Lombardia.

2) Le metodologie, i processi e gli strumenti di analisi e gestione del rischio: analisi dei sistemi e dei modelli di rilevazione e valutazione dei rischi adottati nel settore pubblico italiano, con l'obiettivo di identificare eventuali sovrapposizioni e/o duplicazioni, da razionalizzare nell'ambito di un più ampio modello di Risk Management "integrato" applicabile al contesto pubblico.

- **Protocollo tra la Regione Lombardia e il Comando Regionale Lombardia della Guardia di Finanza** per il contrasto alle frodi nell'utilizzo delle risorse pubbliche, anche connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nell'anno 2022 è proseguito il confronto con gli uffici del Comando Regionale Lombardia della Guardia di Finanza per la revisione e l'integrazione dei contenuti del Protocollo d'intesa quadro e del relativo allegato tecnico.

Per la definizione dei contenuti sono stati effettuati approfondimenti con l'ufficio dei sistemi informativi regionali, per verificare le modalità di condivisione delle banche dati regionali, e con l'ufficio privacy regionale, per verificare che l'accesso degli ispettori della GdF alle banche dati regionali avvenga nel rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

Con D.G.R. XI/6756 del 25 luglio 2022 è stato approvato lo schema di protocollo quadro d'intesa tra Regione Lombardia e il Comando regionale Lombardia della Guardia di Finanza, "relativo ai rapporti di collaborazione per il contrasto alle frodi nell'utilizzo delle risorse pubbliche, anche connesse al piano nazionale di ripresa e resilienza".

Il protocollo ha il fine di rafforzare il sistema di prevenzione e contrasto delle condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici connessi alle misure di sostegno e/o di incentive ed alle erogazioni, per le quali è già stato perfezionato l'iter di competenza della Regione Lombardia, con particolare riferimento a: a. finanziamenti, contributi ed erogazioni di qualsiasi genere e natura (comunitaria, nazionale e/o regionale); b. spesa sanitaria (comprendente ogni uscita di bilancio, statale e/o regionale, pertinente lo specifico settore); c. contratti pubblici; d. procedure di appalto, autorizzazioni, concessioni e concessione di benefici economici, compresi gli interventi connessi al Piano nazionale di ripresa e resilienza.

La Regione Lombardia collabora a tali attività anche con la partecipazione dell'Organismo regionale per le Attività di Controllo. Per tutte le attività contemplate nel presente Protocollo, un referente regionale è un membro di ORAC, individuato dal Presidente dell'Organismo.

L'attività di collaborazione può avvenire su iniziativa di RL e, in particolare: Regione Lombardia, anche attraverso l'ORAC, provvede a segnalare al Comando Provinciale della Guardia di Finanza territorialmente competente: a. dati ed elementi qualificati relativi ad anomalie ricorrenti o irregolarità sintomatiche di condotte fraudolente ovvero potenzialmente idonee a integrare fattispecie di danno erariale in relazione alle procedure relative ad appalti, forniture, autorizzazioni e/o concessioni, comprese quelle avviate nell'ambito degli interventi del PNRR; b. violazioni tributarie e/o violazioni alla normativa che disciplina i finanziamenti e i contributi da parte dell'Unione Europea, dello Stato italiano e della Regione Lombardia.

Infine, è presente una convenzione integrativa allegata al protocollo concernente la modalità operativa di accesso alle informazioni tra RL e il Comando Regionale Lombardia della Guardia di Finanza. In particolare, l'accesso è consentito per finalità di espletamento degli accertamenti finalizzati alla ricerca e all'acquisizione delle prove e delle fonti di prova, nel corso di indagini di polizia giudiziaria e di polizia economico finanziaria svolte - in virtù delle ordinarie potestà e funzioni attribuite ai militari del Corpo, rispettivamente, dal codice di procedura penale e dal D.Lgs. n. 68/2001 – allo scopo di prevenire e reprimere i reati e le violazioni amministrative, a vario titolo commesse nella percezione delle risorse pubbliche, con particolare riferimento a:

- a. finanziamenti, contributi ed erogazioni di qualsiasi genere e natura (comunitaria, nazionale e/o regionale);
- b. spesa sanitaria (comprendente ogni uscita di bilancio, statale e/o regionale, pertinente lo specifico settore);
- c. contratti pubblici;
- d. procedure di appalto, autorizzazioni, concessioni e concessione di benefici economici, compresi gli interventi connessi al Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Una nota a parte è da dedicarsi al fruttuoso rapporto di **collaborazione** con il **Collegio dei Revisori dei Conti** di Regione Lombardia.

Tale collaborazione ha preso avvio sin dal 2021, in linea con quanto prescritto dall'art. 5 della legge regionale 28 settembre 2018, n. 13 (Istituzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo), a mente del quale, per favorire il necessario coordinamento tra le diverse attività di controllo interno, Orac opera in raccordo con il Collegio dei Revisori dei Conti di cui all'art. 2 della legge regionale 17 dicembre 2012, n. 18.

In particolare, è stata concertata una azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle *fideiussioni*, già avviata all'interno della Giunta regionale ad opera della Direzione Centrale competente in materia di bilancio e finanza, e ora estesa agli enti del sistema regionale (Sireg). Tale attività è rendicontata nel capitolo 6 della presente relazione.

OBIETTIVO 2.3 – Iniziative di Informazione

Nell'ambito dell'attività correlata alle iniziative in materia di informazione, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha organizzato, per il 30 novembre presso il Palazzo Pirelli in Sala Pirelli, un evento del ciclo "ORAC- Incontra" avente ad oggetto "*La transizione amministrativa: strumenti e percorsi per una p.a. efficace*", consentendo sia la partecipazione fisica agli interessati sia la possibilità di seguire gli interventi dei relatori attraverso il collegamento streaming da remoto.

L'evento, organizzato con la collaborazione di Polis-Lombardia e di Italia Stato di Diritto, è stato aperto dai saluti del Ministro per la Pubblica Amministrazione Paolo Zangrillo, del Presidente della Regione Attilio Fontana e di Giovanni Canzio, presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

Il PNRR prevede la "buona amministrazione, per semplificare norme e procedure" tra i suoi quattro assi portanti: le riforme e gli investimenti programmati hanno la finalità di eliminare i vincoli burocratici, rendere più efficace ed efficiente l'azione amministrativa e ridurre tempi e costi per cittadini ed imprese. Tutto ruota attorno ad alcune parole chiave: digitalizzazione, trasparenza, partecipazione, legalità, democrazia amministrativa, formazione, partenariato pubblico-privato: e su questi nodi hanno dibattuto autorevoli rappresentanti dell'alta dirigenza, dell'accademia e della società civile.

Hanno infatti preso parola i relatori: Bernardo Giorgio Mattarella, docente alla LUISS di Roma, Alfredo Ferrante, Dirigente della Presidenza del Consiglio, Guido Camera, Presidente di Italia Stato di Diritto, Giuseppe Severini, presidente emerito di sezione del Consiglio di Stato, Raffaello Vignali, direttore scientifico di Polis Lombardia. Ha moderato il giornalista del Sole 24 Ore Alessandro Galimberti.

L'evento ha avuto 440 visualizzazioni da remoto (dato del 13 dicembre 2022), ha visto la partecipazione in presenza del personale dirigenziale e del comparto di Regione Lombardia e degli Enti del SiReg e, infine, ha avuto ampio riscontro sulla stampa

economica, su testate di rilievo nazionale, che ne hanno riportato ampiamente i contenuti.

OBIETTIVO 3 – Pianificazione dell'attività relativamente ai sistemi di controllo interno e di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale

In relazione al compito assegnato all'Organismo dall'art. 3, comma 1 lett. a) - definire gli indirizzi e le linee guida dei sistemi di controllo interno e delle funzioni di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale -, fornendo altresì indicazioni in merito alle metodologie e alle procedure adottate, nel 2023 si proseguirà l'articolato lavoro avviato sin dal 2020 approfondendo e focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti. Ciò permetterà, in parallelo, di fornire indicazioni, seguirne la concreta attuazione, affinare la conoscenza del complesso sistema di controllo interno con focus sul concreto funzionamento di singoli punti.

Nel 2022 si è proceduto al primo aggiornamento del documento di ricognizione dei punti di controllo di RL, di cui alla deliberazione Orac n. 4/2021, con riferimento principalmente alla disciplina degli aiuti di stato, alla nuova disciplina sul controllo analogo e all'attribuzione all'Agenzia di Controllo del Sistema socio-sanitario della funzione di monitoraggio dei rilievi dei Collegi sindacali circa i profili di legittimità e liceità di provvedimenti e azioni delle aziende e agenzie del S.S.S.R. A regime si rammenta che l'attività degli uffici competenti tesa all'aggiornamento dovrà essere continuativa.

Orac, nell'esercizio delle funzioni previste dalla L.R. istitutiva in materia di funzionamento del sistema di controllo interno, intende programmare singoli focus per approfondire l'esame del disegno del concreto funzionamento di uno (o più) di questi punti di controllo nonché di altri istituti mappati. Sarà poi messa a frutto l'esperienza condotta con il supporto dell'Università Bicocca e della soc. Protiviti (nell'ambito della collaborazione scientifica avviata con la convenzione), sfociata nella predisposizione di un modello di valutazione, con l'intento di verificare il funzionamento dei controlli regionali attraverso un sistema strutturato, redatto sulla base di 17 principi derivanti dal CoSO (Report, Internal Control Integrated Framework emanato dalla Treadway Commission).

In particolare, si procederà secondo tre linee di intervento complementari:

a) esame del disegno dei controlli e la concreta loro attuazione rispetto ad un punto di controllo interno sugli enti del Sireg.

Per il 2023, relativamente alla prima linea di intervento si concluderà l'attività sviluppata nel corso del 2022 che ha avuto come obiettivo l'esame della funzione di vigilanza e controllo svolta dalla DG CASA nei confronti delle ALER. L'esame svolto nel 2022, dopo una fase di analisi preliminare dell'attività di controllo, si è concluso con le

audizioni del DG CASA e della Dirigente che segue direttamente il flusso documentale con le ALER relativamente al rispetto delle Direttive regionali. Nel 2023 si procederà a predisporre una relazione finale su attività svolta, che contenga le evidenze emerse, suggerimenti o raccomandazioni da formulare, che sarà approvata con Delibera ORAC.

Successivamente, conclusa tale attività, si imposterà il lavoro di approfondimento di un altro punto di controllo interno sugli enti Sireg, prendendo in considerazione l'attività di vigilanza e di controllo sugli Enti Parco esercitata dalla Direzione regionale competente (DG Agricoltura, Alimentazione e Sistemi Verdi) in attuazione della L.R. n. 30 del 27 dicembre 2006 (art. 1 – comma 1 quater).

b) presidio della attività di presa in carico, da parte delle strutture regionali deputate, delle azioni di miglioramento suggerite dall'applicazione dei metodi di valutazione del grado di maturità del sistema di controllo di Regione.

Per ciò che concerne questa attività, è stata rinnovata la Convenzione di collaborazione scientifica che prevede un Tavolo di Lavoro permanente con l'Università degli studi di Milano – Bicocca e con la società Protiviti sui sistemi di controllo interno e gestione dei rischi nel settore pubblico per l'esplorazione di nuove metodologie ed approcci utilizzabili dalla Funzione Internal Audit per l'analisi ed il miglioramento del sistema di controllo interno regionale.

Nell'ambito del Tavolo di Lavoro avviato sin dal 2019 è stato svolto un approfondimento volto a definire uno strumento di diagnosi, ispirato agli standard riconosciuti a livello internazionale, per analizzare e valutare il livello di maturità del sistema di controllo interno.

Tale strumento è stato utilizzato in via sperimentale per rilevare le peculiarità del sistema di controllo interno di Regione Lombardia e per identificare i possibili ambiti di miglioramento di quest'ultimo, attraverso la predisposizione di un questionario sulla concreta applicazione dei 17 principi che ogni parte del Sistema dovrebbe presidiare.

All'esito della sperimentazione la combinazione delle valutazioni ottenute, insieme agli elementi rilevati, hanno fornito una rappresentazione di sintesi del livello di maturità del sistema di controllo interno regionale nel suo complesso, e sono stati identificati i possibili ambiti di miglioramento.

Gli esiti della sperimentazione confluiranno in un piano di lavoro a medio-lungo termine, con il contributo del gruppo di lavoro che ha predisposto il documento, al fine di raccogliere e implementare i suggerimenti e le indicazioni emerse dall'applicazione del metodo C.O.S.O. Nel 2022 sono state già attivate alcune delle azioni di miglioramento previste, che riguardano ad esempio la formazione del personale delle strutture di controllo, l'aggiornamento del manuale e del mandato di audit, la mappatura dei punti di controllo, la standardizzazione delle procedure di audit attraverso l'adozione di un apposito programma informatico. Tali azioni verranno ulteriormente sviluppate, con il presidio di Orac, anche nel 2023.

c) *promozione dell'estensione del metodo di valutazione del grado di maturità del sistema di controllo sperimentato su Regione ad altri enti del sistema.*

Nel 2022 è stato avviato il lavoro di sperimentazione volto a elaborare uno strumento di valutazione ispirato agli standard internazionali che potesse essere esteso in forma semplificata agli enti del Sireg.

In collaborazione con Ats Insubria e con Aria spa, nell'ambito del Tavolo di lavoro, sono stati avviati degli incontri operativi volti a definire un questionario a risposta chiusa, ispirato ai 17 principi del COSO, che potesse essere somministrato ad ogni ente del SIREG. Nel 2023 si intende proseguire nello sviluppo dello strumento diagnostico, sebbene in forma semplificata, e sulla base dei riscontri ricevuti con la compilazione del questionario, sarà possibile ottenere delle indicazioni da fornire al Sireg circa le aree di miglioramento da implementare e si avrà una visione complessiva di sistema sullo stato di maturità dei S.C.I. degli enti.

Obiettivo 3.1.1 – Indirizzi per la prevenzione dei rischi in situazioni di emergenza

Nel corso dell'ultimo anno sono stati approfonditi e messi a confronto gli esiti del primo e del secondo "questionario di autodiagnosi", indagine condotta con la partecipazione degli enti del Sireg rispettivamente nel 2020 e nel 2021.

Attraverso l'analisi delle risposte fornite ai questionari, è stata valutata la tenuta dei sistemi e procedure di controllo interno degli enti nella situazione emergenziale, sia nell'immediatezza che nel periodo successivo.

In particolare, è stata prestata attenzione ai sistemi di prevenzione del riciclaggio di denaro di provenienza illecita. In prospettiva gli enti dovranno necessariamente dotarsi di strategie organizzative, strumenti e nuove competenze, per far fronte ai rischi connessi all'aumento di flussi finanziari determinati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), sviluppando anche forme di collaborazione con la Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF).

Anche quanto sperimentato nell'ambito del lavoro agile in emergenza può divenire un modello comune per la digitalizzazione della p.a. prevista dal PNRR. A tal proposito, non si può non sottolineare come il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), previsto dall'art. 6 del D.lgs. 80/2021, possa costituire uno strumento utile per favorire il processo di integrazione tra documenti di programmazione, gestione e di sviluppo organizzativo.

Le risultanze dell'analisi condotta sono riportate nel documento finale "*prevenzione dei rischi in situazioni di emergenza: esiti Questionario di Autovalutazione SIREG*", di cui alla delibera dell'Organismo n. 23 del 2021.

Dal confronto tra le due rilevazioni è emerso che il sistema dei controlli, seppur più reattivo, non beneficiasse di sinergie e collaborazioni stabili e strutturate tra tutti i soggetti deputati al controllo. Si è conseguentemente profilata l'esigenza di definire azioni

migliorative per ottimizzare i flussi informativi tra OIV, RPCT, AUDIT, Collegi Sindacali e Organismi di vigilanza, nonché di favorire la condivisione dei reciproci patrimoni informativi, indispensabile supporto per il management. Parimenti, si è reputato opportuno valorizzare il patrimonio e l'esperienza maturati nell'ambito dei controlli straordinari attuati nel periodo emergenziale, al fine di una loro messa a sistema, integrandoli con i controlli ordinari.

Per gli Enti del Sistema Sanitario Regionale, nel 2022, le nuove linee guida per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS), approvate con D.G.R. XI/6278 del 11 aprile 2022, convergono in tale direzione - ovvero in un rafforzamento del coordinamento tra le diverse funzioni, in una visione integrata del sistema dei controlli interni - richiamando l'opportunità di costituire, in seno a tali Enti, un Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni, presieduto dal RPCT, che persegue *"la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali"*. Andranno poi esaminate, nel concreto, le modalità di recepimento di tali indicazioni, nei singoli POAS degli Enti del Sistema Sanitario, nonché l'efficacia dell'azione dei Comitati di Coordinamento del sistema dei controlli rispetto agli obiettivi definiti dalla normativa regolamentare.

Nel 2022 si è iniziato ad operare in tale direzione, con l'obiettivo di procedere al rafforzamento della *governance* e della *performance* del sistema dei controlli del Sireg.

A seguito delle analisi che ORAC ha svolto in merito alle risposte rese dagli Enti del SiReg al secondo questionario di autovalutazione sull'adeguatezza delle azioni di controllo nell'emergenza sanitaria, è stato selezionato un campione di nove enti da audire (ATS Brescia, ATS Città metropolitana di Milano, ASST Sette Laghi, ASST Mantova, ASST Papa Giovanni XXIII, Policlinico IRCCS Pavia, IRCCS Istituto Tumori Milano, Finlombarda spa e Aria spa).

Tali audizioni sono finalizzate all'approfondimento e alla condivisione degli aspetti inerenti al funzionamento del sistema di controllo interno dell'Ente e ai possibili profili di miglioramento.

Ad oggi, si sono tenute sette audizioni: (i) in data 7 marzo 2022 audizione del Direttore Generale dell'ASST Papa Giovanni XXIII; (ii) in data 17 maggio 2022 audizione del Direttore Generale dell'ASST Sette Laghi; (iii) in data 9 giugno 2022 audizione del Direttore Generale dell'ASST Mantova; (iv) in data 23 settembre 2022 audizione del Direttore Generale della ATS Brescia; (v) in data 17 ottobre 2022 audizione del Direttore Generale della ATS Città Metropolitana di Milano; (vi) in data 17 novembre 2022 audizione del Direttore Generale di Aria S.p.A.; (vi) in data 23 novembre 2022 audizione del Direttore Generale di Finlombarda S.p.A.

Considerata la rilevanza dei temi d'indagine, per ciascuna audizione viene redatto verbale, condiviso con gli auditi al fine di acquisire eventuali integrazioni contenutistiche rispetto a quanto rappresentato.

Nel corso del 2023 verranno svolte le audizioni dei due enti rimanenti e, da ultimo, come di consueto, si provvederà a relazionare sulle evidenze e sulle criticità emerse.

Obiettivo 3.2 – Gestione ed erogazione contributi alle imprese

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel corso del 2021, ha effettuato un focus sulle modalità di erogazione dei contributi da parte della Direzione Generale Agricoltura, Alimentazione e Sistemi Verdi di Regione Lombardia (di seguito DGA), al fine di valutarne le modalità istruttorie e individuare ambiti di miglioramento nell'attuale sistema di monitoraggio e controllo.

L'attività di analisi si è focalizzata sui contributi finanziati da risorse regionali non considerando, al momento, i contributi derivanti dai fondi comunitari. La distinzione tra finanziamenti erogati, a valere sui fondi comunitari o su risorse autonome, è necessaria perché implica differenti competenze relativamente alle procedure di controllo e di erogazione.

Effettuata, pertanto, tale scelta sono stati selezionati due bandi e richiesta la documentazione di dettaglio riferita alle varie fasi del processo: dalla domanda di contribuzione alla verifica della documentazione prodotta e alla erogazione effettiva. È stata ricevuta copiosa documentazione e sono state svolte due riunioni con la Direzione Agricoltura per approfondimenti sui documenti e per un confronto sulle risultanze emerse. Partendo dall'analisi delle peculiarità di ciascun bando, si è provveduto a verificare il sistema dei controlli in essere, proponendo azioni di miglioramento per il potenziamento.

L'analisi del processo di concessione di contributi agricoli è stata focalizzata sui bandi, finanziati dalla Regione, di seguito riportati:

DDS n. 4403 del 28.03.2018 avente ad oggetto "DGR n.X/7353 del 14.10.2017 – Approvazione del bando per il finanziamento di progetti di ricerca in campo agricolo e forestale".

DDS n.13783 del 28.09.2018 avente ad oggetto "L.R. 31/2008, art. 56, comma 6 – Servizi Ambientali dei Consorzi Forestali – Approvazione delle modalità di accesso ai contributi".

In considerazione dell'analisi e approfondimenti svolti, l'Organismo ha raccomandato alla Direzione Generale Agricoltura di presidiare, nell'ambito dei processi di erogazione dei contributi con risorse regionali, molteplici aspetti, tra cui, in particolare:

- il monitoraggio delle attività svolte dagli uffici territoriali regionali, preposti all'istruttoria, sensibilizzando tali unità, anche mediante istruzioni operative: a) alla compilazione dei modelli standard predisposti dalla Direzione, ivi comprese le check list di controllo; b) a garantire la massima accuratezza nella predisposizione

dei verbali, con particolare riferimento ai prospetti riepilogativi ivi contenuti; c) ad assicurare la tracciabilità dei controlli relativi alla rendicontazione, mediante la formalizzazione dei sopralluoghi effettuati e prevedendo l'indicazione, nei verbali istruttori/finali, di una sintetica motivazione in caso di non effettuazione; d) all'adeguata separazione dei ruoli nelle varie fasi istruttorie.

- la necessità di garantire la conformità delle verifiche sulle fidejussioni a quanto definito dalle "Linee Guida sulle modalità di acquisizione, gestione, conservazione e controllo delle garanzie fideiussorie" approvate con DGR n. 1770 del 24/05/2011, relativamente agli aspetti di: liquidazione dell'acconto, previa acquisizione della garanzia fideiussoria; tracciabilità dei controlli definiti dalle LG, in sede di acquisizione della polizza, mediante la compilazione delle check list di controllo; adeguatezza della durata, ricordando, altresì, l'importanza degli altri controlli ivi definiti, quali l'acquisizione e controllo delle garanzie fideiussorie, l'aggiornamento del registro, il monitoraggio delle scadenze e dell'idoneità del garante.

L'analisi puntuale dell'attività svolta in riferimento a tale obiettivo è contenuta nella apposita relazione conclusiva deliberata dall'Organismo in data 13.06.2022 e allegata alla relazione del I semestre del 2022.

Nel corso del 2023, si provvederà ad effettuare un monitoraggio, analogamente al lavoro svolto con riferimento alle annualità 2020 e 2021 e rendicontato nel relativo capitolo della presente relazione semestrale, delle raccomandazioni formulate agli Enti SiReg all'interno della deliberazione sopra citata.

Obiettivo 3.3 – Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico/privato

L'obiettivo 3.3 del Piano delle attività dell'Organismo Regionale delle Attività di Controllo 2022 si focalizza sull'approfondimento delle sperimentazioni gestionali negli enti sanitari (art.9-bis del d.lgs. 502/1992, autorizzate dalla Giunta regionale ex art. 19 della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33).

Nello specifico è stata prevista una ricognizione sulle attività di monitoraggio svolte, nell'ultimo triennio, dal Comitato di sorveglianza Regionale e dal Comitato di indirizzo e coordinamento della sperimentazione, previsti dalla DGR IX/4935 del 28 febbraio 2013 (come modificata dalla DGR XI/1180 del 28 gennaio 2019). Tale ricognizione è finalizzata alla elaborazione di indirizzi per migliorare le metodologie di controllo su tale forma di partenariato pubblico/privato.

Nel corso dell'anno 2021 era stata esaminata la copiosa documentazione ricevuta dalla DG Welfare relativa: (i) alla normativa di riferimento applicabile a tale istituto; (ii) alle linee guida "per l'attivazione di collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati", con i relativi aggiornamenti; (iii) alla situazione aggiornata delle

sperimentazioni gestionali e alle relazioni periodiche prodotte; (iv) all'attività di monitoraggio svolta dai Comitati sopra citati, nel triennio 2017-2020.

Nel lavoro di approfondimento è stata ulteriormente focalizzata l'analisi - con riferimento al monitoraggio svolto dai Comitati - relativamente a due sperimentazioni gestionali quali: la "Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara" e la "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (FMBBM)" ed effettuate riunioni con la Direzione Welfare e la DG ASST Monza.

Nel corso del 2022 sono stati acquisiti gli aggiornamenti relativi alle deliberazioni assunte, con riferimento agli esiti della sperimentazione gestionale FMBBM e alle modalità di prosecuzione della stessa, nelle more del completamento dell'iter riconoscimento della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

Concluso il processo di valutazione delle informazioni acquisite, l'Organismo ha approvato apposita relazione conclusiva (**allegato A** alla presente relazione), formulando le seguenti raccomandazioni espresse con riferimento alle sperimentazioni gestionali e al loro monitoraggio:

- sistematizzazione della normativa regolamentare sulle sperimentazioni gestionali in un documento unitario, quale occasione per una revisione/aggiornamento della disciplina, anche al fine di tener conto di modifiche normative e di contesto intervenute, dell'esperienza maturata in materia di sperimentazioni gestionali, nonché degli elementi emersi dalla presente relazione;
- garantire, da parte della DG Welfare, un ruolo propulsivo e di supporto alle attività di verifica del Comitato di Sorveglianza Regionale, presidiando che vengano svolte con regolarità e in linea con quanto definito dalle norme regolamentari;
- supervisione, da parte della DG Welfare, del regolare svolgimento dell'attività dei Comitati di indirizzo e coordinamento, in collaborazione con le Aziende Sperimentatrici, prevedendo che quest'ultime segnalino tempestivamente alla Direzione situazioni non in linea con le funzioni attribuite a tali Comitati dalla DGR n.4935/2013.

Relativamente alle sperimentazioni gestionali "Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara" e "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua mamma", come evidenziato nel precedente paragrafo, in continuità con il presente lavoro, verrà previsto nel Piano ORAC 2023 un approfondimento relativamente alla messa a regime della sperimentazione di "Suzzara", nonché alla evoluzione della sperimentazione "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma" – con il riconoscimento della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – al fine di analizzare gli atti predisposti per regolamentare i rapporti giuridici, ed economico-finanziari in essere tra soggetto gestore e azienda sperimentatrice.

OBIETTIVO 4 – Pianificazione delle attività relativamente all'incidenza dei rischi sistemici

Tra le funzioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (O.R.A.C.), l'art.3, comma 1 lett. b) della legge regionale 28 settembre 2018, n. 13, ricomprende l'attività del *“valutare, sulla base dell'individuazione e valutazione dei rischi di corruzione effettuati nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e sulla base del monitoraggio degli ulteriori rischi effettuato con l'ausilio dei responsabili della funzione di audit, l'incidenza dei rischi sistemici per il corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale, favorendo il necessario coordinamento tra le diverse attività di controllo e realizzando una più efficiente integrazione tra i sistemi di prevenzione della corruzione, di gestione dei rischi e di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale”*.

Con l'Obiettivo 4 del Piano delle Attività 2022, approvato con deliberazione n. 27 del 13 dicembre 2021, in continuità con il 2021 e 2020, il Gruppo di Lavoro dell'Organismo ha proseguito – muovendo dalla analisi dei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli Enti del SiReg analizzati – con la valutazione dell'incidenza dei rischi sistemici prima citati.

Nel 2021, infatti, era stato sviluppato un approfondimento di taluni profili critici emersi nel 2020 (allora obiettivo n. 5), con riguardo alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (A.L.E.R.) e alle Fondazioni (Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica; Fondazione Minoprio; Fondazione Lombardia Film Commission; Fondazione Lombardia per l'Ambiente). In particolare, è stato preso in esame il funzionamento del sistema dei controlli interni, con specifico riferimento all'operato dei Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza e degli Organismi di vigilanza (O.d.V.), ponendo particolare attenzione alle relazioni intercorrenti tra le funzioni che la legge n. 190/2012 assegna al RPCT e quelle che il D. Lgs. n. 231/2001 attribuisce all'O.d.V., rispetto a quegli enti del sistema SiReg i quali presentano la coesistenza di tali funzioni/uffici di prevenzione del rischio.

Ad esito di tale approfondimento, sono state formulate nel documento finale *“Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli enti del sistema regionale nella prevenzione dei rischi da reato - anno 2021”*, approvato con deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022, una serie di raccomandazioni sia in tema di Organismi di vigilanza che in materia di anticorruzione e trasparenza.

A livello generale, si era rimarcata l'esigenza, per quel che concerne il tema degli Organismi di vigilanza, di creare uno staff, adeguatamente dotato di risorse umane e mezzi operativi, per monitorare sia l'effettiva applicazione delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli enti che si sono dotati di un modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.), sia l'attività degli O.d.V. interni, raccomandando l'introduzione di strumenti (in via legislativa o regolamentare) che consentano a R.L. di intervenire, anche

in termini sanzionatori, nei confronti degli enti inadempienti (e, di conseguenza, sugli O.d.V. da questi ultimi nominati in caso di omessa o insufficiente vigilanza).

In relazione, invece, al tema dell'anticorruzione e della trasparenza, si è ritenuto opportuno promuovere iniziative volte a:

- assicurare la costante pubblicazione, sia dal punto di vista formale che sostanziale, dei dati e delle informazioni previste in materia di trasparenza;
- garantire un supporto adeguato di risorse umane al RPCT sia nella fase di programmazione che nella fase di monitoraggio delle misure di prevenzione;
- garantire un'applicazione costante e diffusa delle misure, in particolar modo (divieto di) *pantouflage* e *whistleblowing*;
- prevedere ed assicurare un adeguato e puntuale monitoraggio sia con riferimento alle misure generali che a quelle specifiche previste dal PTPCT.

Infine, erano stati mossi rilievi critici ed erano state segnalate alcune disfunzioni con riguardo alle specifiche realtà degli enti del SiReg analizzati: tali rilievi sono riportati all'interno del quadro sinottico allegato alla relazione conclusiva prima citata.

Nel corso del 2022 si è dunque provveduto a vigilare sull'osservanza di tali raccomandazioni e, al contempo, è proseguita l'attività con il fine di sviluppare un ulteriore approfondimento sugli enti che hanno disvelato, nelle analisi precedenti (ob. 5 PdA 2020 e ob. 4 PdA 2021), maggiori criticità.

In particolare, con riferimento alle Aler, sono state sviluppate le verifiche inerenti: (i) ai contenuti e all'adozione della "parte speciale" dei modelli di organizzazione e gestione (ex D. Lgs. n. 231/2001); (ii) alla loro concreta applicazione; (iii) allo svolgimento dell'attività di controllo da parte degli Organismi di vigilanza. Ciò, raccordando i risultati delle analisi così sviluppate con le risultanze delle indagini circa il presidio e l'attuazione dei Piani Triennali Prevenzione Corruzione e Trasparenza delle medesime aziende.

In data 25 gennaio 2022 sono state infatti trasmesse agli enti interessati le raccomandazioni Orac di cui alla Deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022. Il primo riscontro ottenuto è stato della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica. Si è dunque provveduto a richiedere alle Aler la documentazione relativa alla parte speciale del modello di organizzazione e gestione e alle relazioni annuali rassegnate dagli Organismi di vigilanza.

Ad esito della raccolta e della analisi della documentazione pervenuta, anche alla luce dell'integrazione della stessa con le relazioni dei Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza e con quanto pubblicato dagli enti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti istituzionali (i PTPCT relativi al periodo 2022-2024), per ciascun soggetto analizzato è stata elaborata una scheda di sintesi delle principali evidenze o delle significative criticità rinvenibili dalla documentazione esaminata, sulla base delle quali l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha fornito le indicazioni, per l'intrapresa di azioni correttive, illustrate nel dettaglio nella relazione conclusiva //

funzionamento dei sistemi di controllo interno degli enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2022", approvata da Orac con delibera n. 19 del 20 dicembre 2022 (**allegato B** alla presente relazione).

Attesa l'importanza del tema, si riportano le conclusioni della già menzionata relazione.

Premesso che:

- il diffuso e trasversale fenomeno di non ottemperanza alle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli Organi di gestione e degli Organismi di vigilanza (le situazioni di quasi tutte le Aler sono connotate da particolare gravità, ma anche le posizioni di Fondazione Minoprio, di Fondazione Lombardia Film Commission e di Fondazione Lombardia per l'Ambiente presentano profili di accentuata criticità) denuncia una preoccupante assenza di presidi di prevenzione dei reati; non solo: in taluni casi gli enti hanno risposto alle richieste di ORAC fuori tempo massimo (Fondazione Lombardia per l'Ambiente addirittura il 19/12 in fascia serale) oppure, a seguito di gravi e reiterati ritardi nel riscontrare le richieste dell'Organismo, è stato necessario procedere alla convocazione e alla audizione dei vertici (caso della Fondazione Minoprio);
- la raccomandazione - formulata da questo Organismo nella *Relazione finale* del precedente anno di attività - di creare uno staff, adeguatamente dotato di risorse umane specializzate e di mezzi operativi, per monitorare:
 - o l'effettiva applicazione delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli enti che si sono dotati di un modello di organizzazione e di gestione,
 - o la composizione e l'attività degli Organismi di vigilanza dei suddetti enti,rimane di stringente attualità;
- la raccomandazione di introdurre strumenti (di natura legislativa o regolamentare) che consentano a R.L. di intervenire, anche in termini sanzionatori, nei confronti degli enti inadempienti (e, di conseguenza, sugli O.d.V. da questi ultimi nominati in caso di omessa o insufficiente vigilanza), resta - analogamente alla precedente - del tutto valida,

si segnala l'improcrastinabile necessità di valutare concretamente le proposte operative formulate nelle predette *Raccomandazioni*.

OBIETTIVO 5 – Pianificazione delle attività relativamente alle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale

In relazione all'obiettivo sono stati effettuati due approfondimenti che interessano gli enti del servizio sanitario regionale: uno dedicato agli appalti per lo smaltimento di rifiuti (lett. a) e l'altro agli appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica (lett. b).

lett. a) appalti rifiuti

In relazione all'obiettivo 5A del Piano di Attività dell'Organismo, annualità di riferimento 2021/2022, avente ad oggetto la pianificazione delle attività relativamente alle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del SiReg - art. 1 ed art. 3 comma 1 lett. c), l.r. 13/2018 - è stato effettuato un approfondimento riguardante gli enti del servizio sanitario regionale, dedicato agli appalti per lo smaltimento dei rifiuti.

L'obiettivo è diretto alla verifica della conformità ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza delle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del SiReg, oltre che alla valutazione della trasparenza, legalità, prevenzione e delle misure di contrasto alla criminalità organizzata nell'intero iter procedimentale dei contratti stipulati dai predetti soggetti con riferimento al servizio dello smaltimento dei rifiuti sanitari.

Lo sviluppo dell'obiettivo era già stato previsto nel Piano delle Attività dell'Organismo Regionale per le Attività di controllo nel 2020 (punto 6), ma è stato posticipato per non gravare sugli enti sanitari e sulla Direzione Generale Welfare, già fortemente impegnati nel contrasto all'emergenza pandemica.

La attività è ripresa a partire dal 2021: è stato eseguito un controllo di verifica circa la conformità delle citate procedure di acquisto ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza, in riferimento alle procedure di acquisto effettuate nell'interesse del sistema socio-sanitario dall'Azienda Regionale Centrale Acquisti (ARCA) S.p.A., o alle procedure di acquisto svolte in forma aggregata, raccogliendo tutte le informazioni e i dati utili alle finalità previste dall'art. 1 l.r. 13/2018.

Si è, inoltre, avviata l'attività di valutazione della trasparenza, della legalità, della prevenzione e del contrasto alla criminalità organizzata nell'intero iter procedimentale dei contratti stipulati, con riferimento agli acquisti di servizi, anche manutentivi, nell'ambito delle concessioni di costruzione e gestione degli enti del servizio sanitario regionale.

Con specifico riferimento agli appalti di rifiuti, sono stati svolti preliminarmente degli adempimenti istruttori che hanno coinvolto la Direzione Generale Ambiente e Clima, la quale ha fornito le informazioni di propria competenza. La Direzione, in particolare, ha relazionato sulla propria attività di carattere esclusivamente autorizzatorio, e, in relazione ad alcune specifiche e limitate categorie di impianti di smaltimento, le informazioni ottenute sono risultate di interesse relativo; ciò a ragione del fatto che la maggior parte degli impianti di smaltimento sono di competenza provinciale e non già regionale.

La Direzione Generale Welfare, nel corso del 2021, ha provveduto a fornire una sintetica panoramica delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali che hanno aderito alle convenzioni con ARIA S.p.A. (già Arca), indicando altresì le ulteriori aziende potenzialmente interessate a prossimi affidamenti. È stata dunque raccolta ed esaminata la documentazione presso la Direzione Generale Welfare, gli enti sanitari e ARIA S.p.A. e sono state analizzate in particolare le convenzioni aventi ad oggetto il servizio di smaltimento rifiuti degli enti sanitari.

Sono state acquisite le relazioni della Direzione Investigativa Antimafia e delle Commissioni parlamentare e consiliare, che hanno evidenziato il grave rischio di infiltrazione criminale nel settore. Le ripetute sollecitazioni da parte della DDA, del Procuratore Generale antimafia e dello stesso Ministro degli Interni, evidenziano infatti uno stato di generale e conclamato allarme di infiltrazioni delle organizzazioni criminali, in tutti gli aspetti economici della emergenza sanitaria, anche con riferimento al settore del servizio di smaltimento dei rifiuti.

L'attività istruttoria svolta ha dunque rappresentato il punto di riavvio per lo sviluppo dell'obiettivo secondo quanto già previsto nel Piano 2020, partendo dalla ricognizione dei controlli effettuati dalle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali su tale tipologia di appalti.

Gli approfondimenti svolti, come si dirà, hanno consentito l'elaborazione di indirizzi e linee-guida per migliorare le metodologie di affidamento del servizio e di controllo della fase esecutiva di tale tipologia di contratti.

Nel dettaglio, l'Organismo ha avviato una puntuale ricognizione sulle convenzioni regionali attivate per gestire il servizio di smaltimento dei rifiuti degli enti del servizio sanitario regionale all'inizio del 2021.

La centrale di committenza, Aria S.p.A. (già ARCA), ha comunicato l'elenco delle convenzioni attivate, identificate con il rispettivo codice, con l'indicazione dell'oggetto del servizio, del numero dei lotti, dell'aggiudicatario, della data di attivazione e di scadenza.

Le convenzioni, con l'elenco degli enti che hanno aderito ai rispettivi lotti, i massimali a consumo e i rispettivi residui, sono consultabili sul sito web di Aria S.p.A.; gli Enti registrati al NECA, strumento elettronico di acquisto delle convenzioni attivate da ARIA, possono consultare il catalogo, stipulare il contratto di fornitura ed emettere direttamente ordini di acquisto.

Nel corso del 2022, dunque, si è proseguita l'attività d'indagine e di approfondimento già avviata in precedenza e, in particolare, si è proceduto all'approfondimento di ciascuna delle quattro fasi del ciclo dei rifiuti (a) produzione, b) raccolta, c) stoccaggio, d) smaltimento), anche in applicazione dell'Ordinanza n. 755/11.05.2020; sono stati esaminati e condivisi i flussi informativi che confluiscono attraverso la piattaforma PISA dai Collegi Sindacali delle ATS e ASST alla DC Bilancio e Finanza.

Infine, l'attività istruttoria si è conclusa analizzando le evidenze degli audit svolti sul tema dei contratti del servizio di smaltimento rifiuti dalle strutture sanitarie lombarde e completando le audizioni di ARPA Lombardia e di ATS Città Metropolitana di Milano, al fine della migliore comprensione delle modalità di svolgimento dei controlli sui contratti in discorso.

L'analisi puntuale dell'attività svolta in riferimento a tale obiettivo è contenuta nella relazione conclusiva, approvata dall'Organismo con deliberazione del 27.06.2022, e allegata alla relazione del I semestre del 2022.

Nel corso del 2023, si provvederà ad effettuare un monitoraggio, analogamente al lavoro svolto con riferimento alle annualità 2020 e 2021 e rendicontato nel relativo capitolo della presente relazione semestrale, delle raccomandazioni formulate agli Enti SiReg all'interno della deliberazione sopra citata.

lett. b) appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica

L'attività istruttoria afferente all'obiettivo in oggetto è iniziata nel 2020, ma ha risentito di una necessaria battuta d'arresto poiché gli interlocutori – la Direzione Generale Welfare e gli enti del servizio sociosanitario regionale – sono stati fortemente impegnati, come noto, nel contrasto all'emergenza pandemica. L'attività è ripresa e si è svolta a partire dal primo semestre del 2021.

Per quel che concerne gli appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica, l'attività è stata avviata con l'approntamento di uno studio introduttivo di analisi del quadro normativo e regolamentare che disciplina la materia. Sono stati dunque analizzati, in relazione ai livelli essenziali di assistenza (LEA), i criteri e i limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica con spesa totalmente o parzialmente a carico del servizio sanitario nazionale.

Per meglio indagare le criticità del sistema e al fine di approntare delle possibili raccomandazioni volte ad una revisione del regime assistenziale, si è ritenuto utile avviare un approfondimento sui modelli organizzativi adottati dalle aziende ospedaliere lombarde per erogare le prestazioni odontoiatriche, effettuando anche un confronto con i modelli adottati in altre esperienze regionali.

È stato inoltre analizzato il nesso tra le scelte operative effettuate dagli enti sanitari e le possibili ricadute sul sistema di assistenza in generale.

Il lavoro ha preso avvio dalla raccolta delle osservazioni contenute nella Relazione conclusiva del 2016 della Commissione di inchiesta di Regione Lombardia, istituita a seguito di una nota vicenda di *maladministration* degli appalti relativi alla assistenza specialistica odontoiatrica.

Sul punto è intervenuto anche il monitoraggio della Direzione Generale Welfare sulla attuazione del piano di intervento formulato dalla citata Commissione di inchiesta, formulando azioni a breve, medio e lungo termine.

Lo studio dell'Organismo ha anche seguito l'evoluzione della situazione inerente al fallimento di una società che aveva gestito il servizio odontoiatrico in diverse aziende sanitarie lombarde (caso esaminato da Orac anche in relazione alle pratiche scaturite dalla presentazione di segnalazioni).

L'attività è proseguita durante il 2022 con ulteriori approfondimenti istruttori, al fine di redigere una relazione sulla verifica della correttezza e regolarità delle procedure di

acquisto di beni e di servizi inerenti all'attività odontoiatrica e al fine di indicare metodologie e *best practices* destinate a mitigare i rischi connessi alla gestione di tali contratti.

In particolare, si è proceduto a una raccolta di dati statistici sulle effettive prestazioni erogate, indicative dell'articolazione del servizio all'interno delle diverse strutture sanitarie, e, da ultimo, a un confronto con il personale sanitario della ASST Papa Giovanni XIII.

Il modello di odontoiatria sociale esaminato, pur segnato da plurime vicende giudiziarie, può ancora svolgere un ruolo utile in un ambito assistenziale caratterizzato dalla scarsissima sussunzione delle prestazioni nei LEA, vieppiù in un momento di forte crisi socioeconomica che potrebbe spingere una fascia rilevante di utenza a rinviare se non a rinunciare alle cure.

Esso va implementato e meglio presidiato, sia in fase di selezione del gestore (con particolare attenzione all'affidabilità finanziaria), sia mediante un aggiornamento del nomenclatore e delle tariffe che renda i servizi coerenti, sotto il profilo dei costi, con la quantità e qualità delle erogazioni.

Sarebbe utile, infine, che la DGW adottasse un format per la raccolta e comparazione dei flussi specifici (ad iniziare dalla esatta denominazione delle singole prestazioni) utile ai fini di controllo e che si dotasse di indicatori di qualità e quantitativi idonei a misurare nel biennio l'efficacia di tale modello, come anche a verificare, sul piano finanziario e organizzativo, la fattibilità di regimi alternativi.

L'analisi puntuale dell'attività svolta nel corso del 2022 è descritta nella apposita relazione conclusiva, approvata dall'Organismo con deliberazione n. 20 del 20 dicembre 2022 (**allegato C** alla presente relazione).

OBIETTIVO 6 – Pianificazione delle attività relativamente alla Trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contratti

In relazione all'obiettivo 6 "Pianificazione delle attività relativamente alla Trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contratti" l'Organismo ha avviato, nel primo semestre del 2022, il monitoraggio sulla messa a regime del progetto che prevede l'estensione, con l'opportuna gradualità, a tutti gli enti del sistema regionale della clausola di tracciamento dei sub-contratti (diversi dal subappalto) stipulati per l'esecuzione dell'appalto principale.

La clausola di tracciabilità T&T, infatti, costituisce uno strumento di presidio, per garantire nella fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, la trasparenza e la prevenzione dei rischi corruttivi.

Con deliberazione n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 la Giunta regionale ha preso atto della conclusione della fase di sperimentazione dell'applicazione della clausola T&T, prevista dalla D.G.R. N. X/2182 del 25 luglio 2014, ha approvato le "Linee guida trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" e ha esteso l'applicazione di queste ultime agli uffici della Giunta regionale e a tutti gli enti del SIREG.

Più precisamente la DGR prevede l'estensione agli uffici della Giunta regionale e agli enti dell'Allegato A1 della l.r. 27 dicembre 2006, n. 30 relativamente alle procedure la cui determina a contrarre sia stata assunta dal 1° gennaio 2022 e agli enti dell'Allegato A2 della l.r. 27 dicembre 2006, n. 30 relativamente alle procedure la cui determina a contrarre sia stata assunta dal 1° luglio 2022.

In data 25 maggio 2022 è stato rilasciato l'applicativo sviluppato da Aria Spa relativo alle Linee guida T&T. I dati richiesti dalle T&T, e già presenti nell'Osservatorio regionale, sono presi in automatico da questo ultimo. Dal 25 maggio l'applicativo poteva essere utilizzato solo per le procedure sopra i 40.000 euro da tutti gli enti ad eccezione delle Fondazioni IRCCS, in quanto queste ultime non sono tenute a comunicare i dati all'Osservatorio regionale bensì al SIMOG: il Sistema Informativo Monitoraggio Gare - Sistema che consente alle Stazioni Appaltanti di richiedere il codice identificativo gara (CIG) necessario agli operatori economici per il versamento del contributo a favore dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, dovuto per la partecipazione alle gare di appalti pubblici.

L'Amministrazione regionale ha successivamente dato incarico ad Aria Spa di sviluppare ulteriormente l'applicativo T&T al fine di recuperare i dati già presenti in SIMOG. Il nuovo applicativo è stato rilasciato il 1° luglio 2022 e utilizzabile, da quella data, sia dalle Fondazioni IRCCS sia dagli enti Sireg per qualsiasi procedura sia sopra che sotto i 40.000 euro.

Con deliberazione n. XI/6605 del 30 giugno 2022 la Giunta regionale ha approvato modifiche alla deliberazione n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 e ha aggiornato le Linee guida T&T alla normativa attuale.

In data 5 dicembre 2022 è stato rilasciato un aggiornamento dell'applicativo T&T che presenta miglioramenti per rendere più fruibile lo stesso da parte della Stazione appaltante.

Nel secondo semestre del 2022 l'Organismo ha effettuato un monitoraggio dei risultati dell'applicazione delle linee guida T&T.

Dal 25 maggio 2022, data del rilascio dell'applicativo T&T, al 20 novembre 2022, data di estrazione dei dati al fine del presente monitoraggio, risultano inseriti 328 contratti stipulati da 20 Stazioni appaltanti del Sireg per un importo complessivo di 921.620.604,68 euro, così ripartiti: 34 contratti di Lavori per un importo complessivo di 13.295.254,64 euro, 34 contratti di Servizi per un importo complessivo di 306.219.549,75 euro e 260 contratti di Forniture per un importo complessivo di 602.105.800,29 euro.

Gli Allegati A1 e A2 della legge regionale n. 30/2006 descrivono 6 tipologie di enti: enti dipendenti (ARPA, ERSAF, PoliS-Lombardia), società partecipate in modo totalitario (Finlombarda S.p.a., ARIA S.p.a.), enti sanitari (AREU, ATS, ASST, Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico), enti pubblici (ALER), enti pubblici (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali) e fondazioni istituite dalla regione (Fondazione Minoprio, Fondazione Lombardia Film Commission, Fondazione Lombardia per l'Ambiente, Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica).

Di questi 328 contratti 9 sono degli enti dipendenti - per un importo totale di 1.466.050,25 euro -, 1 delle società partecipate in modo totalitario - per un importo di 5.921.767,60 euro -, 306 degli enti sanitari - per un importo totale di 912.156.233,87 euro -, 6 degli enti pubblici (ALER) - per un importo totale di 1.026.779,80 euro - e 6 degli enti pubblici (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali) - per un importo totale di 1.049.773,16 euro.

Nell'applicativo risultano inoltre inseriti 46 subcontratti, collegati a 23 dei 328 contratti, per un importo totale di 1.290.543,28 euro.

Di questi 46 subcontratti 32 sono collegati a contratti di Lavori per un importo complessivo di 941.286,98 euro, 8 sono collegati a contratti di Servizi per un importo complessivo di 320.430,00 euro e 6 sono collegati a contratti di Forniture per un importo complessivo di 28.826,30 euro.

Inoltre, di questi 46 subcontratti, 8 sono collegati a contratti degli enti dipendenti per un importo totale di 356.200,00 euro, 32 sono collegati a contratti degli enti sanitari per un importo totale di 828.043,28 euro e 6 a contratti degli enti pubblici (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali) per un importo totale di 106.300,00 euro.

OBIETTIVO 7 – Pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti

La legge regionale istitutiva n. 13 del 2018 affida all'Organismo Regionale per le Attività di Controllo la verifica della rispondenza dell'attività gestionale e dei risultati raggiunti agli obiettivi e agli indirizzi stabiliti (art. 3, co. 1, lett. e), nonché la corretta ed economica gestione delle risorse dell'amministrazione regionale e dei suoi enti (art. 3, co. 1, lettera d).

L'obiettivo 7 del Piano delle Attività 2022, in continuità con le azioni svolte negli anni precedenti, è dunque diretto alla Pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti ai sensi del citato art. 3, comma 1 lett. e), l.r. 13/2018.

Per quanto attiene al sistema sanitario, l'Organismo ha già, in passato, analizzato i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie (2020) e il generale assetto del sistema sanitario lombardo (2021).

A ragione della complessità e dell'importanza economica e sociale del settore sanitario, si è stabilito di concentrare l'attenzione su due aspetti specifici: il tema degli strumenti a disposizione degli utenti del servizio sanitario e le procedure di nomina dei Direttori Generali di aziende sanitarie.

Per il primo tema, l'interesse si è focalizzato: (i) sull'attività degli Uffici di Pubblica Tutela istituiti presso le aziende sanitarie; (ii) sull'attività espletata dal Difensore Regionale in ambito sanitario.

L'occasione, come si dirà, è stata utile per analizzare le problematiche afferenti al tema del rafforzamento degli strumenti di tutela degli utenti di prestazioni sanitarie.

L'analisi puntuale dell'attività svolta dall'Organismo in riferimento a tale argomento è contenuta nella relazione conclusiva "*Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali: UPT e Difensore Regionale*", approvata con deliberazione n. 9 del 4 luglio 2022 (**allegato D** alla presente relazione). È utile sottolineare come sia stato di recente presentato un emendamento in merito al comma 4 dell'art. 23bis della l.r. 33/2009 (cd. *Testo unico delle leggi sanitarie regionali*), a mente del quale si dispone per l'incarico di responsabile di UPT una indennità annua lorda onnicomprensiva, nel senso segnalato da Orac con apposita raccomandazione.

Sono state inoltre analizzate le procedure di nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie, concentrando l'indagine sull'impalcatura motivazionale che sorregge i provvedimenti conclusivi dei procedimenti in discorso e sull'adempimento delle misure di trasparenza previste dalla normativa vigente.

L'attività svolta è puntualmente rendicontata nella relazione conclusiva "*Procedure di nomina dei Direttori Generali*", approvata dall'Organismo con deliberazione n. 16 del 7 novembre 2022 (**allegato E** alla presente relazione).

Durante il 2023, infine, si provvederà ad analizzare il complessivo funzionamento del sistema di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, con un *focus* sulle procedure di controllo dei relativi requisiti.

OBIETTIVO 8 – Pianificazione delle attività di supporto alla predisposizione e attuazione dei Piani Triennali sulla Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel Piano delle Attività dell'annualità 2020, aveva stabilito di svolgere approfondimenti sull'attività libero professionale e sulla gestione delle liste di attesa attraverso l'analisi degli esiti del monitoraggio delle attività di audit già effettuati per l'anno 2018 dalla Direzione Funzione di Audit, delle misure previste in un campione dei Piani anticorruzione 2018-2019 di aziende del sistema sanitario, degli esiti delle verifiche effettuate dai Servizi Ispettivi Aziendali nel biennio 2018-2019 delle aziende sanitarie campionate.

Orac ha pertanto approvato, con deliberazione n. 18 del 21 dicembre 2020, una prima Relazione che ha riguardato in particolar modo, l'analisi delle misure, in materia di ALPI e gestione liste d'attesa, contenute in 10 Piani Triennali sulla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di Aziende sanitarie oggetto di campionamento. A seguito degli accertamenti effettuati, è stato predisposto un quadro sinottico generale di sintesi, in base al quale sono state formulate Osservazioni e Raccomandazioni. La citata Relazione è stata trasmessa a tutte le Aziende sanitarie.

In data 11 marzo 2021 è stata inviata una nota alle 10 aziende campionate lo scorso anno, in cui è stato richiesto di fornire, un aggiornamento in merito ai citati suggerimenti, in particolar modo con riferimento a quanto eventualmente raccomandato in modo specifico agli Enti.

Inoltre, al fine di acquisire ulteriori informazioni relativamente all'argomento trattato, si è svolto in data 29/6 un incontro con il Direttore di PoliS-Lombardia ed i collaboratori dell'Ente che hanno elaborato, nel luglio 2018, una Relazione relativa ad una missione valutativa recante "I tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali in Lombardia".

Sussistendo ancora aspetti da chiarire, è stato richiesto alla DG Welfare di relazionare in merito a temi specifici riguardanti la libera professione e liste d'attesa. Poiché a causa della situazione pandemica, la verifica dell'obiettivo 8 è risultata difficoltosa, gli ulteriori approfondimenti in merito all'attività libero professionale e alle liste di attesa - in particolar modo in merito ad eventuali correlazioni tra LP e liste d'attesa - sono stati sviluppati nel 2022.

Con nota del 23 marzo 2022, la DG Welfare ha fornito riscontro in merito ai chiarimenti precedentemente richiesti dall'Organismo relativamente ai seguenti aspetti: (i) linee guida regionali libera professione; (ii) stato di attuazione dell'unificazione del CUP; (iii) misure attuate in tema di liste di attesa; (iv) intramoenia allargata.

È in corso l'analisi delle informazioni acquisite, nonché la pianificazione di incontri per l'approfondimento delle singole tematiche con i dirigenti della DG Welfare competenti per materia. Nel corso del primo semestre del 2023 tale attività verrà portata a conclusione e rendicontata, come di consueto, mediante l'elaborazione di relazione conclusiva, in cui si terrà in considerazione anche l'impatto della D.G.R. XI/7475 del 30 novembre 2022, di approvazione del "Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale".

Infine, è stata svolta una ricognizione dello stato di adempimento delle raccomandazioni formulate dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo con la deliberazione n. 18 del 2020, di approvazione del documento "Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa".

Con alcune delle Aziende destinatarie delle citate raccomandazioni, l'Organismo ha avviato una interlocuzione in forma scritta, finalizzata all'ottenimento dei chiarimenti necessari su alcuni profili di interesse. A titolo di esempio, si possono citare le misure per prevenire il rischio di *drop out*, ovvero di mancato espletamento della prestazione sanitaria a ragione della non presentazione del paziente, o l'analisi dei rischi dei Piani

Triennali per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in relazioni ai procedimenti in materia di autorizzazione all'esercizio della libera professione intramuraria, specie con riguardo ai volumi di attività.

Tutte le Aziende hanno fornito riscontro nei tempi previsti, e dagli esiti del monitoraggio effettuato emerge una situazione di quasi totale adempimento alle raccomandazioni formulate, con progressivo allineamento di tutte le realtà sottoposte a controllo. Gli esiti di tale monitoraggio sono descritti nel capitolo dedicato della presente relazione semestrale.

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo valuterà quali azioni intraprendere nei confronti delle Aziende che, nel corso del 2023, dovessero rivelarsi non ancora adempienti alle raccomandazioni formulate.

OBIETTIVO 9 – Pianificazione delle attività relativamente al controllo delle società partecipate

L'obiettivo n. 9 è diretto alla verifica di idoneità ed efficacia dell'attività di controllo analogo sulle società partecipate dalla Regione operanti nei regimi previsti dall'art. 5 d.lgs. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici).

Nel 2022 l'attività del gruppo di lavoro ha riguardato principalmente l'approfondimento di alcune questioni inerenti alla gestione delle fidejussioni nelle società in house e negli enti dipendenti e l'esame della nuova disciplina del controllo analogo della Giunta regionale.

Sul primo punto il Collegio dei revisori della Giunta regionale ha ritenuto opportuno evocare l'intervento di Orac, cui spetta il compito di valutare l'efficacia del sistema dei controlli interni della Giunta e degli enti del sistema, in quanto nelle relazioni degli audit condotti dai RIA di enti e società sulle procedure inerenti alla gestione delle fidejussioni ha colto alcune criticità, circoscritte alle società in house e ad Arpa.

Il gruppo di lavoro ha quindi effettuato una approfondita istruttoria, mediante disamina documentale dei rapporti di audit e mediante l'audizione di tutti i responsabili internal audit degli enti interessati. Si è provveduto altresì ad audire il Presidente dell'odv di Finlombarda spa e di Aria Spa. Nel corso delle riunioni, alle quali hanno partecipato, oltre alla Struttura Audit di RL, sia i responsabili delle funzioni di audit delle aziende che i collaboratori, si sono in primo luogo approfondite modalità e risultanze degli audit effettuati in proposito, oltre che inquadrare le modalità di effettuazione delle attività e, infine, ripercorse ed analizzate puntualmente le osservazioni rilevate dal Collegio dei revisori. Le risultanze dell'istruttoria del gruppo di lavoro sono state infine approvate dall'Organismo in seduta plenaria con la delibera 4/2022 del 4 aprile 22.

Nella relazione allegata alla delibera 4/22, viene ripercorsa l'attività istruttoria condotta dal gruppo di lavoro. In sintesi, ciò che emerge è che le attività di verifica sui processi di gestione delle garanzie fidejussorie sono state condotte secondo le

procedure di Internal Audit e in conformità agli Standard Internazionali della professione. Inoltre, la DGR IX/1770, relativa ai criteri di acquisizione delle garanzie fideiussorie, può essere intesa quale indice di buona prassi, ma non è vincolante per gli enti Sireg, attesa la sua non diretta applicazione. Infine, si è rilevato che gli organi amministrativi delle società interessate sono stati investiti prontamente del percorso di miglioramento prospettato dalle funzioni di audit anche con riferimento a contenuti e tempistica. A conclusione del lavoro, Orac ha espresso raccomandazioni circa la necessità di continuare nella attività di monitoraggio, come previsto peraltro dai piani di audit 2022 e di trasmettere i follow-up; informare e coinvolgere nelle azioni di miglioramento i massimi vertici delle aziende e di informare i rispettivi collegi sindacali e dei revisori; aggiornare Orac, la Funzione Audit Regionale, il Collegio dei Revisori sui seguiti.

Nel corso del 2022, inoltre, il gruppo di lavoro è stato interessato anche alla presentazione della nuova disciplina del controllo analogo. A tal fine è stato auditato il Direttore di Funzione Specialistica della UO Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg, il quale ha illustrato i contenuti del provvedimento e le principali innovazioni rispetto alla precedente disciplina del 2017, facendo presente che si è proceduto a un adeguamento del documento alle novità legislative nel frattempo intervenute e che sono state tenute in considerazione le linee guida ANAC, le quali prevedono un'articolazione del controllo analogo in controllo preventivo, concomitante e successivo.

Rispetto al modello di controllo analogo indicato dalla Corte dei Conti, vale a dire un'unica articolazione regionale ad esercitare il controllo, nel nuovo documento emerge la conferma del modello organizzativo che prevede un controllo diffuso e distribuito nei diversi uffici regionali, con UO Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg a fungere da raccordo su tutti gli uffici che si occupano di controllo in generale su enti e società e in particolare su controllo analogo.

Con la D.G.R. XI/6520 del 20 giugno 2022, la Giunta di Regione Lombardia ha approvato la "*Nuova disciplina del controllo analogo sulle società in house di Regione Lombardia*", a seguito della presa d'atto da parte dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo del testo.

OBIETTIVO 10 – Pianificazione delle attività relativamente alla rete di Audit interno

L'Organismo coordina la rete degli uffici degli enti del sistema regionale che svolgono attività di audit interno, assicurando, in stretto raccordo con la Direzione Audit della Giunta, adeguate forme di coordinamento, impulso, condivisione di buone pratiche e dotazione di strumenti finalizzati a rafforzarla.

In considerazione delle raccomandazioni contenute nella deliberazione ORAC n.15/2020, durante il primo semestre dell'anno 2022 si è completato il ciclo di incontri, iniziati nel 2021, con i Responsabili Internal Audit (RIA) della Rete IA (Enti/Società di cui all'Allegato A1 della Legge 30/2006) anche il coinvolgimento delle Direzioni Generali di riferimento, ovvero la DG Casa e Housing Sociale (per le Aler) e la DG Welfare (per gli

Enti del sistema sanitario), che ha consentito l'acquisizione di una conoscenza approfondita della Rete sia con riferimento alla struttura, che alle modalità di svolgimento dell'attività e ha rappresentato un proficuo momento di confronto e condivisione di esperienze tra i RIA, quale stimolo per l'individuazione di buone pratiche finalizzate al miglioramento degli strumenti organizzativi e metodologici, volti al rafforzamento del proprio ruolo.

Sono stati effettuati, altresì, audizioni mirate con i singoli RIA per approfondimenti su quanto rappresentato per la propria funzione.

Dalle esigenze emerse durante gli incontri effettuati con i RIA, la Direzione Generale Casa e Housing Sociale e la DG Welfare hanno formulato delle specifiche indicazioni – rivolte, rispettivamente, alle ALER e agli Enti Sanitari– che integrano/modificano le precedenti istruzioni emanate sull'attività di IA, prevedendo un rafforzamento del ruolo, dell'indipendenza della funzione IA, degli strumenti organizzativi disponibili e rimarcando, altresì, elementi già definiti nelle previgenti regole e che, dalla mappatura ORAC, sono risultati, in qualche caso, disattesi.

I provvedimenti, contenenti le indicazioni sopra citate, sono stati adottati con deliberazione della Giunta Regionale e sono di seguito riportati:

Deliberazione n.XI/5619 del 30.11.2021 “Direttive Regionali alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER) anno 2022”;

Deliberazione n.XI/ 6278 del 11.04.2022 “Linee Guida Regionali per l'Adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS)” delle ATS, delle ASST, degli IRCCS e di AREU;

Delibera n. XI/6387 del 16.05.2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione per l'anno 2022”.

Vista l'esigenza evidenziata durante gli incontri con i RIA riguardo l'importanza dei percorsi formativi per la Rete IA, è stato svolto nei mesi di aprile-maggio 2022 un “Percorso formativo a supporto della rete regionale di Internal Auditing” - organizzato da PoliS-Lombardia, con la collaborazione della Funzione Audit Regionale – articolato in 4 sessioni, che ha avuto quali destinatari i responsabili e/o collaboratori della funzione IA degli Enti Sanitari, delle Aler, degli Enti dipendenti e delle Società in house. La finalità del corso è stata quella di formare e sensibilizzare gli IA degli Enti della Rete sulle tematiche relative agli standard professionali, al sistema dei controlli interni, al risk assessment.

A tali eventi formativi ha partecipato, oltre alla funzione IA Regionale, anche ORAC, rappresentando un'occasione di confronto sulle modalità applicative, alle diverse realtà della Rete, degli elementi metodologici forniti, nonché di riflessione comune sugli spunti emersi.

ORAC, nel secondo semestre 2022, ha provveduto a formulare e somministrare un nuovo questionario ai RIA della rete IA, quale aggiornamento della mappatura del 2020, così da comprendere gli elementi di variazione/miglioramento delle funzioni IA, anche a seguito degli indirizzi emanati dalle Direzioni per le ALER e gli Enti Sanitari e/o delle indicazioni ORAC.

Sono state quindi analizzati i questionari somministrati ai 50 Enti e le risultanze della nuova mappatura, aggiornata ad ottobre 2022, sono state riportate in una relazione finale il cui testo è in fase di ultimazione, che sarà oggetto di condivisione nell'incontro annuale che verrà definito coi i RIA della rete.

Nell'ambito dell'incontro annuale di ORAC e della Funzione Audit con i RIA della rete verranno, altresì, presentati i contenuti della Relazione Annuale di Monitoraggio degli Audit degli Enti Sanitari predisposta dalla Funzione Audit Regionale, quale momento di condivisione e confronto.

Nel 2023, Orac sulla base delle nuove risultanze della mappatura dei questionari 2022, al fine di un miglioramento della rete degli uffici degli enti del sistema regionale che svolgono attività di audit interno, accompagnerà gli stessi nel percorso di attuazione delle raccomandazioni emanate attuando azioni continue di stimolo, coinvolgimento, supporto ed indirizzo.

A tal fine ci si propone di:

- effettuare un incontro con le Direzioni Regionali di riferimento per analizzare i punti di miglioramento emersi dalla nuova mappatura;
- prevedere degli incontri individuali con i Responsabili Internal Audit degli Enti Sireg, selezionati sulla base di criteri definiti, per approfondimenti su quanto rappresentato per la propria funzione.
- assicurare almeno un incontro annuale con i RIA, anche a seguito della definizione della Relazione annuale di monitoraggio approntata dalla Direzione Audit regionale;
- fornire indirizzi e supporto, in collaborazione con la Funzione Audit Regionale, per la definizione di strumenti e programmi formativi sia per i RIA che per i Dirigenti dei vari Enti sempre più adeguati alle esigenze della rete e promozione di tavoli regionali di confronto e scambio di best practice;
- monitorare l'attuazione di quanto previsto nelle Direttive 2022 alla DG Casa e housing sociale e alla Direzione Generale Welfare riguardo alla collocazione organizzativa, consistenza, volume di attività dei RIA aziendali.

3. Modifica del regolamento di organizzazione e funzionamento di Orac

Nella seduta del 8 novembre 2021 Orac, con deliberazione n. 14 (All. 3), ha approvato una proposta di modifica del proprio regolamento di organizzazione e funzionamento, volta a rispondere ai rilievi che la Corte dei Conti, nell'Analisi della relazione annuale del Presidente della Regione Lombardia sul Sistema dei Controlli Interni e sui controlli effettuati nell'anno 2019, ha effettuato in merito alla composizione dell'Organismo e a rendere più efficace ed incisiva, all'interno del sistema regionale, l'azione di Orac.

Quanto al primo obiettivo, le modifiche proposte ridefiniscono le prerogative dei due componenti di derivazione regionale, prevedendo che le istruttorie siano affidate ai componenti esterni e disponendo un dovere di astensione rinforzato per i componenti interni.

Per aumentare invece l'efficacia delle raccomandazioni formulate da Orac in esito alle istruttorie effettuate su segnalazioni, nonché su materie di propria competenza, si prevede un meccanismo sanzionatorio per le direzioni regionali e gli enti che non si adeguano, nonché un monitoraggio costante all'interno del comitato di coordinamento della Giunta regionale.

Il nuovo Regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Organismo regionale per le attività di controllo e sulle modalità di raccordo di detto Organismo con gli altri organismi di controllo di cui all'art. 5 della l.r. 28 settembre 2018, n. 13, è dunque il risultato della modifica approvata con D.G.R. XI/2759 del 31.01.2022 ed è stato deliberato dalla Giunta di Regione Lombardia il 14.03.2022 (Delibera n. XI/6122).

Di seguito si sintetizzano le principali novità del regolamento:

(i) il Presidente sovrintende allo svolgimento dell'attività istruttoria, la quale viene affidata ad uno o più componenti *esterni* all'amministrazione regionale;

(ii) l'Organismo nomina il segretario tra i suoi componenti *esterni* all'amministrazione regionale;

(iii) il Responsabile della struttura organizzativa preposta all'attività di controllo successivo di regolarità amministrativa degli atti dirigenziali della Giunta regionale e il responsabile della struttura organizzativa preposta alla funzione di audit di cui all'articolo 6 della l.r. 4 giugno 2014, n. 17 "*Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'Autonomia*" si astengono dal partecipare alla discussione e alla votazione delle deliberazioni che comunque attengono, direttamente o indirettamente, alla funzione e all'attività da essi svolta e non partecipano alle sedute dedicate a verifiche che riguardano le attività di controllo o di audit di cui sono titolari;

(iv) qualora l'istruttoria rilevi la necessità di un intervento correttivo, di azioni migliorative o di interventi di correzione o autotutela, l'Organismo formula raccomandazioni indirizzate alle competenti strutture della Giunta regionale e degli enti interessati e assegna un termine per il riscontro. I soggetti e gli enti interessati sono tenuti a fornire riscontro entro il termine previsto. Il mancato tempestivo adeguamento, ferme restando la segnalazione di cui all'art. 4, comma 2, della l.r. 13/2018 e le conseguenze di cui al successivo comma 3, comporta altresì la segnalazione al Segretario Generale della Giunta regionale, al vertice amministrativo dell'ente, all'OIV della Giunta e al corrispettivo organismo dell'ente interessato. Le raccomandazioni e le segnalazioni devono essere comunicate anche al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ente medesimo e al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della Giunta regionale.

Il tema della modifica regolamentare, per quel che concerne le conseguenze in caso di inadempimento alle raccomandazioni formulate dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, è stato analizzando anche nel capitolo 1 della presente relazione, con riferimento al monitoraggio delle raccomandazioni formulate da Orac dal 2020 al 2023.

4. Gestione di pratiche aperte da Orac a seguito di segnalazioni

Si illustrano di seguito le segnalazioni pervenute nel semestre che si sono concluse con l'adozione di deliberazioni.

Le deliberazioni sono pubblicate sul sito di Orac.
(<https://www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac/attivita/deliberazioni>)

Deliberazione Orac n. 2 del 14 marzo 2022 – Diniego ad istanza di accesso rivolta ad una ASST

Il partecipante ad una procedura selettiva comparativa, indetta da una Azienda sociosanitaria territoriale, per il conferimento dell'incarico di direttore facente funzioni di struttura complessa sanitaria, ha inviato una segnalazione all'Organismo Regionale per le Attività di Controllo avente ad oggetto il diniego di accesso agli atti della procedura espresso dalla ASST.

ORAC, esaminata la segnalazione e gli atti a corredo dell'istanza, ha rilevato che il partecipante ha proposto ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale in relazione al diniego all'accesso agli atti e che sono state riproposte dal segnalante le identiche questioni già devolute, in via prioritaria, al Giudice Amministrativo.

L' Organismo ha dichiarato - allo stato - non luogo a provvedere, riservandosi di prendere eventualmente in esame la pratica, nell'esercizio del più generale potere di vigilanza affidato all'Organismo, all'esito del giudizio amministrativo.

Deliberazione Orac n. 3 del 21 marzo 2022 – Segnalazione relativa alla presunta inosservanza da parte di Trenord Srl degli obblighi di trasparenza e pubblicità di cui al D. LGS. 33/2013

Con la deliberazione n. 3 del 2022, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha approvato la relazione istruttoria inerente alla presunta inosservanza da parte di Trenord S.r.l. degli obblighi di trasparenza e di pubblicità di cui al D. Lgs. 33/2013.

In particolare, si è rilevato che il D.Lgs. n. 33/2013 esclude dal proprio ambito soggettivo di applicazione le società quotate come definite dall'articolo 2, comma 1, lettera p), dello stesso decreto, nonché le società da esse partecipate, salvo che queste ultime siano, non per il tramite di società quotate, controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche. Poiché Trenord, società a responsabilità limitata, partecipata

da FNM S.p.A., non rientra in tale ultima eccezione, si è concluso che il regime di trasparenza di questa disciplina non risulta applicabile alla fattispecie in analisi.

Inoltre, non facendo parte del SIREG né Trenord S.r.l. né FNM S.p.A., si è esclusa la possibilità per l'Organismo di svolgere direttamente nei confronti di queste società le funzioni e le attività previste dalla Legge istitutiva.

L'Orac ha dunque ritenuto di non dover assumere alcuna ulteriore iniziativa.

Deliberazione Orac n. 5 del 13 giugno 2022 - Determinazioni in merito a segnalazione relativa alla nomina di Commissione esaminatrice per una procedura selettiva interna di una ASST.

In relazione alla segnalazione del delegato CGL FP, di una ASST del 31 marzo 2022 l'Organismo, esaminate la predetta e le controdeduzioni presentate dalla D.G. dell'ASST, osserva quanto segue:

a) con riguardo alla denunciata carenza del requisito della comprovata esperienza nelle materie oggetto della procedura selettiva in capo a due membri della Commissione, tale dato non inficia la nomina di quest'ultima in quanto, come evidenziato nel d.P.R. n. 220/2021 e come recepito poi dalla stessa Azienda con deliberazione n. 2150 del 21 ottobre 2019, la competenza della Commissione esaminatrice deve essere valutata nel suo complesso e non singolarmente per ogni componente. Peraltro, nel caso di specie, la Presidente della Commissione, in quanto direttrice della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, possiede tutti i requisiti per valutare le attitudini organizzative e di gestione dei candidati; gli altri due Componenti vantano entrambi significative esperienze in ambito sanitario (desumibili anche da titoli di studio e di specializzazione idonei). La commissione esaminatrice è da considerarsi legittimamente nominata;

b) con riferimento alla presunta incompatibilità di un membro della Commissione - in quanto componente del consiglio dell'ordine professionale dei tecnici di laboratorio - appare evidente che nel caso di specie non è integrata la fattispecie prevista dall'art. 35 comma 1 lett. e) del d. lgs. n. 165/2001, poiché la designazione del Commissario è avvenuta ad opera della Direzione strategica della ASST con apposita comunicazione interna a firma del Direttore Generale, successivamente recepita da deliberazione di nomina (il nominativo del Commissario non è stato peraltro indicato dalla associazione professionale di cui risulta componente);

c) in relazione al presunto dovere di astensione (ex art. 51 c.p.c.) di un membro della Commissione si evidenzia - vista anche la delibera ANAC n. 25/2020 - che la doglianza del rappresentante sindacale sul punto non è fondata: non sussistono infatti cause di incompatibilità in capo al membro suddetto, in quanto l'associazione professionale di cui esso è componente non risulta avere interesse specifico all'esito della selezione in oggetto;

pertanto, alla luce della insussistenza delle denunciate irregolarità, l'Organismo ha deliberato la chiusura del procedimento istruttorio.

Deliberazione Orac n. 10 del 18 giugno 2022 - Determinazioni in merito a segnalazione relativa a presunti disservizi di un Ospedale lombardo

È pervenuta una segnalazione da parte di un privato cittadino avente ad oggetto l'asserito disservizio del Pronto Soccorso di un ospedale lombardo. In particolare, la segnalante lamenta il rinvio della visita medica a favore del padre, accompagnato in pronto soccorso a causa di un trauma subito alla gamba, al giorno successivo, a causa della temporanea assenza di uno specialista di ortopedia in struttura dopo avere aspettato oltre tre ore in una sala dove non vi era nessun paziente in attesa.

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha inviato una nota all'Ospedale oggetto di presunti disservizi chiedendo delle spiegazioni in merito e la nota ricevuta evidenzia, in linea generale, che l'operato del pronto soccorso garantisce la disponibilità dell'ortopedico in coerenza con la normativa vigente (DGR IX/621/2010) che dispone: *“la funzione specialistica di ortopedia traumatologia può essere assicurata anche tramite il servizio di pronta disponibilità”*.

L'organizzazione dell'Ospedale lombardo prevede che per i pazienti con traumatologia minore che accedono al pronto soccorso, sia demandata al medico in servizio decidere, sulla base dell'imaging e dell'esame obiettivo, se si necessiti di una consulenza ortopedica immediata o se quest'ultima possa essere differibile nell'arco della giornata o a giorni successivi.

Nel caso in specie sono state richieste o alla struttura delucidazioni sull'accaduto e, venuti in possesso della cartella, ha riscontrato che trattavasi di trauma minore occorso tre giorni prima e al quale era stato assegnato codice verde. Evidenzia inoltre, che dal verbale del pronto soccorso emerge che il paziente abbia abbandonato la struttura senza attendere l'esito del medico.

Alla luce delle considerazioni enunciate l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e vista l'inerzia della segnalante a non voler approfondire la segnalazione in esame, Orac ritiene di poter concludere la fase istruttoria prendendo atto dell'esauritiva relazione e archiviando la pratica.

Deliberazione Orac n. 11 del 12 settembre 2022 – Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto il diniego di accesso agli atti della procedura comparativa indetta da una ASST per l'assegnazione di un incarico

In relazione alla segnalazione, l'ASST ha avviato una procedura comparativa per il conferimento di un incarico in cui vi ha partecipato il segnalante, ma con esito negativo.

A seguito di tale procedura, il segnalante, ha esercitato la possibilità di diritto di accesso così come contemplata dall'art. 22 della L.241/1990. La richiesta del sanitario veniva disattesa dall'Ufficio risorse umane dell'ASST in quanto ritenuta carente della specifica indicazione dei documenti richiesti e della mancata enunciazione di un interesse, concreto ed attuale, al conseguimento della citata documentazione; La richiesta di accesso, all'esito del puntuale adempimento delle indicazioni dell'Ufficio risorse umane, veniva reiterata dal segnalante.

Nel perdurante silenzio dell'Amministrazione, il segnalante, con ricorso depositato, impugnava il rigetto dell'istanza innanzi al TAR Lombardia, chiedendo l'annullamento del diniego di accesso e la condanna dell'ASST alla esibizione della documentazione richiesta.

ORAC, preso atto della identità della questione sottoposta al proprio vaglio e di quella pendente, innanzi al TAR Lombardia, dichiarava, allo stato, per evitare eventuali irragionevoli conflitti di valutazione e di decisione con l'A.G. amministrativa, non doversi procedere in ordine all'esposto presentato dal segnalante.

A seguito di accoglimento del ricorso, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha ritenuto di dover precisare:

- a) Le violazioni degli art. 1, 3, 22 e 24 della L. n° 241/1990, accertate nei confronti della Azienda Socio Sanitaria [omissis] e le connesse inosservanze degli obblighi di trasparenza, di correttezza, di ragionevolezza e di buon andamento dell'azione amministrativa, costituzionalmente garantiti, gravanti su tale Azienda, impongono, tuttavia, di raccomandare alla stessa di osservare, per il futuro, le vigenti norme poste dal legislatore a presidio della trasparenza e del diritto di accesso agli atti della pubblica amministrazione.

Deliberazione Orac n. 13 del 12 settembre 2022 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto la convenzione tra ASST per attività professionali di supporto ad un laboratorio analisi

È pervenuta una segnalazione da parte di distinte organizzazioni sindacali che pongono in dubbio la legittimità di una delibera del Direttore Generale della Asst interessata, avente ad oggetto *“Convenzione per l'esecuzione di attività di trasferimento Know how organizzativo settore laboratori, da parte di personale in servizio presso la S.C. di una ASST”*.

Nelle segnalazioni sono stati evidenziati una serie di punti di attenzione, riguardanti principalmente:

1. la legittimità della stipula della convenzione ai sensi dell'art.15 della legge n. 241 del 07.08.1990, comma 1, secondo cui *“le amministrazioni pubbliche possono*

- concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune”;
2. se la tipologia di prestazioni definite nella convenzione – ad avviso dei segnalanti non di carattere sanitario - possa essere assimilata a quelle previste dalla normativa vigente e dagli specifici regolamenti aziendali per le prestazioni sanitarie;
 3. la mancata indicazione, nella convenzione, della tipologia del personale coinvolto (Dirigenza ed equipe a supporto) e che la fissazione di un unico compenso orario farebbe ipotizzare l'utilizzo di personale afferente al Comparto e non alla Dirigenza medica;
 4. la mancata assoggettabilità delle prestazioni oggetto di convenzione ad IVA, considerandole di carattere non sanitario;
 5. la modalità di remunerazione del personale in servizio incaricato allo svolgimento dell'attività oggetto di convenzione che, come ivi indicato, è basata sul Regolamento per la gestione della libera professione intramoenia e di altre prestazioni in solvenza offerte dall'ASST; Regolamento che fa riferimento alle prestazioni della Dirigenza medica;
 6. la mancata indicazione degli oneri contributivi da sostenere che rende non chiaro se gli introiti coprano i costi della convenzione.

Nel corso dell'audizione ORAC ha avuto notizia della revoca della deliberazione oggetto di segnalazione. Nello specifico, con apposita delibera l'ASST ha provveduto, ai sensi dell'art. 21 quinquies della Legge n.241/1990, a revocare in autotutela il provvedimento amministrativo riferito alla delibera specificando, quale motivazione, *“rilevato che nel provvedimento è stato allegato un testo convenzionale che conteneva errori materiali”*;

L'ASST, inoltre, ha ribadito che *“non è intervenuto alcun rapporto economico né fatturazione relativa all'attività in oggetto con ASST”*.

In considerazione della revoca della deliberazione dell'ASST e che, come dichiarato da entrambe le Aziende sanitarie, non sono intervenuti rapporti economici, né fatturazioni per l'attività in oggetto, ORAC ha ritenuto di procedere con l'archiviazione della pratica.

Deliberazione Orac n. 14 del 26 settembre 2022 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto l'affidamento del supporto tecnico-scientifico per lo studio e lo sviluppo di un modello innovativo per la riorganizzazione, razionalizzazione e valutazione dei presidi.

La segnalazione riguarda la deliberazione dell'ASST che, secondo il segnalante, sarebbe viziata da plurimi profili di illegittimità.

Le questioni sollevate dall'Associazione sindacale e le precisazioni e i dati forniti dall'azienda concernono i seguenti profili:

1. Pubblicazione della delibera priva di allegato.
Tale lacuna, riconosciuta dall'azienda, è stata poi colmata mediante ulteriore pubblicazione integrale.
2. Omesso avvio della contrattazione aziendale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.8 lettera K del CCNL. Tale norma prescrive la contrattazione allorquando le innovazioni inerenti all'organizzazione aziendale producano riflessi sulla qualità del lavoro e sulla professionalità. Lo studio commissionato può verosimilmente produrre tali impatti, ma la loro realtà e consistenza potranno essere apprezzate solo dopo la consegna del lavoro commissionato.
3. Violazione art.36 codice contratti, per assenza presupposti. Come evidenziato in narrativa, tale norma consente l'affidamento diretto, senza pubblicazione del bando, per lavori o servizi inferiori alla soglia di affidamento. La qualità e professionalità del dipartimento non sono, nel complesso, seriamente contestabili, mentre si osserva l'erronea individuazione della soglia, che ai sensi dell'art.36 deve essere inferiore e non coincidente.
4. Genericità dell'oggetto. È un rilievo mosso inizialmente da Orac e che poi ha trovato conferma nel riesame della istruttoria compiuta dall'azienda, che ha lealmente ammesso come in realtà la commessa si sarebbe dovuta suddividere in due distinti incarichi, uno relativo alla vulnerabilità sismica e l'altro relativo alla riorganizzazione e revisione dei layout. L'Azienda asserisce che entrambi i servizi, separatamente considerati, hanno (avrebbero) un valore economico inferiore e che, in ragione della loro autonomia, il loro affidamento (in forma singola) non costituisce (costituirebbe) artificioso frazionamento, elusivo dei limiti di affidamento diretto.
5. Collaborazione istituzionale, ex art.5 codice contratti. Il richiamo a tale istituto, da leggersi in coordinamento con l'art.15 della legge 241/90, è non pertinente, essendo pacifico anche in giurisprudenza che, ai fini della sua attivazione debbano ricorrere vari presupposti (interesse comune, assenza di un corrispettivo etc.) certamente non riscontrabili nel caso di specie.

Alla luce dei vizi riscontrati l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ritiene necessaria l'apertura, ai sensi dell'art.21 nonies della legge 241/90, del procedimento di autotutela, al fine di valutare la sussistenza dell'interesse pubblico all'annullamento in relazione ad eventuali pregiudizi all'ottenimento o utilizzo dei fondi del PNRR.

In caso di auto-annullamento l'affidamento, separato negli oggetti, dell'incarico non potrà essere automatico (si risolverebbe in una mera formalità), ma preceduto da una attenta analisi e attestazione, da parte dei competenti organi tecnici, della reale sussistenza dei due presupposti dichiarati nella nota aziendale unitamente ad una rinnovata valutazione della convenienza economica e del possesso delle necessarie professionalità per i due diversi servizi in capo all'appaltatore.

Deliberazione Orac n. 15 del 3 ottobre 2022 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto la gestione dei sistemi informativi di una ASST

È pervenuta una segnalazione da parte di una organizzazione sindacale avente ad oggetto:

1. La richiesta alla DG competente *“se alla luce dei rilievi/criticità effettuati dall'Anticorruzione Regionale e dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), relativamente alla gestione dei servizi informativi aziendali– siano stati effettuati da parte della Direzione Generale medesima dei controlli nell'ambito della informatizzazione della stessa ASST”*;
2. La comunicazione alla Direzione Generale e agli enti in indirizzo in merito a diverse segnalazioni pervenute all'O.S. *“sui continui disservizi del sistema informatico dell'ASST con gravi ricadute sulla cittadinanza”*.

Nella relazione conclusiva della verifica ispettiva sono state evidenziate una serie di criticità relativamente alla gestione dei contratti dei sistemi informativi da parte dell'ASST. In considerazione delle segnalazioni ricevute che evidenziano situazioni di disservizi e inefficienze nell'area dei sistemi informativi, nonché delle criticità emerse nell'ambito della verifica ispettiva condotta da Regione Lombardia, l'Organismo Regionale per le attività di Controllo raccomanda alla DG interessata di verificare le attività poste in essere dall'ASST per il superamento delle criticità rilevate e i disservizi riscontrati, nonché l'efficacia ed efficienza della gestione dei sistemi informatici nel suo complesso, valutandone l'adeguatezza, anche con l'ausilio delle Direzioni Regionali/Strutture aziendali specializzate in tale ambito.

5. Attività di collaborazione con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza per la rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute da Regione Lombardia durante il periodo emergenziale.

Per la rilevanza dell'attività svolta, si riporta la collaborazione avvenuta nel primo semestre del 2022 tra l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e la Direzione Centrale Bilancio e Finanza.

In relazione al tema della rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute durante il periodo di emergenza pandemica da Covid-19, la disciplina statale di riferimento è contenuta nel D.L. 17 marzo 2020, n. 18. In particolare, l'art. 99, co. 5, del D.L. stabilisce che ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone così la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet o, in assenza, su altro idoneo sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e al fine di fornire informazioni circa l'impiego delle erogazioni liberali ricevute.

A livello regionale, la disciplina del fenomeno si rinviene nella l. r. 4/2020, a mente della quale le risorse finanziarie derivanti dalle donazioni sono introitate al Titolo 3 'Entrate extratributarie' - tipologia 500 'Rimborsi e altre entrate correnti' dello stato di previsione delle entrate del bilancio 2020-2022. La normativa regionale prevede che le risorse ottenute siano destinate ad acquisizioni di beni e servizi necessari alle strutture del servizio sanitario regionale e ad altre strutture pubbliche o soggetti che svolgono un pubblico servizio da utilizzare nelle attività di contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19, nonché alla realizzazione di interventi da parte della Protezione civile in relazione all'emergenza. Le acquisizioni di beni e servizi avvengono anche per il tramite di Aria S.p.A., quale centrale regionale acquisti, fatto salvo quanto previsto dall'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e dal conseguente Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione civile del 23 febbraio 2020 di nomina del Presidente della Giunta regionale quale soggetto attuatore per la Regione Lombardia.

Al fine di implementare il livello di trasparenza della attività di pubblicazione dei dati, sulla materia è intervenuta l'Autorità Nazionale Anticorruzione, con due comunicati del presidente del 29 luglio e del 7 ottobre 2020. Con la prima comunicazione, in particolare, si è predisposto un articolato modello di rendicontazione recante i contenuti minimi essenziali al fine di garantire il rispetto della normativa citata.

Da ultimo, la delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2021 ha esplicitato che la pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19, dovrà essere effettuata da ciascuna amministrazione beneficiaria all'interno della sezione di "Amministrazione Trasparente" - "Interventi Straordinari e d'urgenza" seguendo le indicazioni fornite dall'Autorità con il Comunicato del Presidente del 29 luglio 2020.

Il Direttore della Direzione Centrale Bilancio e Finanza ha manifestato l'interesse a effettuare un incontro con un gruppo di lavoro dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, al fine di recepire eventuali suggerimenti redazionali da parte dello stesso nell'attività di rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute da Regione Lombardia durante il periodo emergenziale. A tal fine, il Gruppo di Lavoro di ORAC si è confrontato con il Direttore e con il Presidente OIV. Gli incontri hanno rappresentato l'occasione per una prima illustrazione dei contenuti della bozza di deliberazione sul tema della rendicontazione delle donazioni ricevute da Regione Lombardia durante il periodo dell'emergenza pandemica, prevista in discussione in Giunta regionale il 31.05.2022. La deliberazione in oggetto ha il fine di rendicontare quanto la Regione abbia ricevuto in termini di erogazioni liberali, reali o finanziarie. Durante gli incontri si è accertato che la bozza di deliberazione ha una doppia struttura: una parte è relativa alle donazioni reali e una altra concerne le erogazioni di natura finanziaria. Nell'allegato C della deliberazione vengono dettagliate, nella sezione "entrate", tutte le donazioni ricevute, per ogni singolo benefattore. Per il rispetto della normativa in materia di privacy non vengono riportati i nominativi dei donanti. Nella sezione "uscite", invece, vengono evidenziati i profili di spesa relativi alle erogazioni ricevute. La parte più consistente di questa spesa consiste in fatture emesse da Aria S.p.A., la quale, di fatto, si è occupata

della maggior parte degli acquisti e, dunque, ha tenuto il conto delle donazioni. Il prospetto, redatto secondo la delibera dell'ANAC prima citata e secondo le comunicazioni del Presidente ANAC sul tema (del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020), viene completato con il documento di cui all'allegato A, il quale evidenzia quale utilizzo sia stato fatto del danaro donato.

Di seguito sono rappresentati i punti di interesse del Gruppo di Lavoro di ORAC.

Un primo profilo di attenzione, durante gli incontri, ha riguardato le modalità di coinvolgimento dell'OIV o di altri organismi con funzioni di controllo, al fine di comprendere come la Direzione avesse inteso strutturare il controllo sul procedimento di rendicontazione. Si è rilevato, in prima battuta, il rispetto di quanto previsto dall'art. 42 D.Lgs. 33/2013. Il Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione ha evidenziato che l'OIV svolge, sul punto, un ruolo formale di controllo delle pubblicazioni: il compito è di accertare l'avvenuta pubblicazione entro la fine di maggio ed effettuare il controllo entro il mese di giugno. In sintesi, il ruolo dell'OIV è di "supporto" fino al 31 maggio; nel periodo successivo, invece, il ruolo dell'OIV si declina più tipicamente nella funzione di controllo, relativamente alla valutazione della corrispondenza dei dati pubblicati a quanto richiesto dal modello ANAC.

Si è posta l'attenzione, per quanto concerne la sezione uscite, sulla generica dizione "documento", con codice progressivo, riportata per ogni voce, a fianco di data, importi e causale. Si è rilevato che in tal modo la rendicontazione risulta difficilmente intelligibile: può sorgere il dubbio che si tratti di mandato complessivo. Durante gli incontri, si è però chiarito che con il termine "documento" si fa riferimento a fatture e non ricorrono ipotesi di mandati complessivi. Sul punto il Gruppo di Lavoro ha suggerito, al fine di raggiungere un maggior livello di trasparenza, di precisare che tutti i dati relativi alle fatture sono disponibili presso gli uffici finanziari, in modo da facilitare l'eventuale esperimento di istanze di accesso civico generalizzato.

In particolare, il Gruppo di Lavoro ha proposto suggerimenti redazionali per l'attività della rendicontazione relativamente al livello di analiticità nella indicazione dei dati. Si è infatti suggerito di riportare indicazioni puntuali circa la data, la causale e l'importo degli acquisti, effettuando un report meno sintetico e circostanziando meglio le causali. In particolare, il Gruppo di Lavoro ha manifestato l'interesse di comprendere come mai non fosse indicato il destinatario delle fatture.

Il Direttore ha chiarito ed evidenziato l'intero percorso rendicontato: Aria S.p.A. acquistava i beni sulla base dei fabbisogni indicati dalla Direzione Generale Welfare o dall'Unità di Crisi. Aria, dunque, acquistava i beni e riceveva le fatture da parte dei vari fornitori. Successivamente, Aria fatturava alla Regione Lombardia e tale ente ha pagato gli acquisti effettuati con i proventi derivanti dalle erogazioni liberali. Per tale motivo, il destinatario delle fatture risulta essere sempre, in ultima analisi, Regione Lombardia.

Attesa, però, la non chiarezza della destinazione dei beni, il Gruppo di Lavoro ha suggerito di indicare esplicitamente il flusso descritto dal Direttore, in modo tale da renderlo comprensibile all'esterno e da implementare il livello di trasparenza del

documento. In particolare, attraverso il contributo del Presidente dell'OIV, si è suggerito il testo dell'integrazione da effettuare nell'allegato al rendiconto: "In particolare, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, della l.r. 4/2020, i proventi da donazioni sono stati utilizzati per acquisto da parte della centrale acquisti regionale, Aria S.p.A., di beni durevoli o di consumo da destinare alle Aziende del Sistema-Socio sanitario lombardo per il contrasto all'emergenza sanitaria, come meglio indicato nel prospetto sopra rappresentato alla voce "USCITE". Aria periodicamente ha trasmesso le fatture agli uffici regionali competenti che liquidavano tramite le risorse confluite sulla contabilità speciale n. 6186/139. La natura e la destinazione di massima delle donazioni sono indicate nella causale delle fatture, la natura e la destinazione di dettaglio è riportata in allegato alle singole fatture agli atti. Al riguardo si precisa che la fattura 1621005391 del 20/09/2021 è stata solo in parte liquidata con i proventi da donazioni; la restante parte ha trovato copertura con risorse trasferite dal Dipartimento di Protezione Civile.

A seguito degli incontri, la Direzione Centrale Bilancio e Finanza ha provveduto a specificare che gli acquisti sono stati fatti da Aria S.p.A. Si è inoltre accolto il suggerimento di indicare con maggiore chiarezza il flusso prima descritto. È stato infatti pubblicato nella sezione di "Amministrazione Trasparente" - "Interventi Straordinari e d'urgenza" il Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da covid-19, riportante integralmente il testo suggerito, prima descritto, volto a esplicitare l'indicazione del percorso del danaro donato. Inoltre, si è sostituito il generico termine "documento" con quello di "fattura", escludendo così con chiarezza l'ipotesi di mandati collettivi.

Il 31.05.2022, infine, è stata adottata la D.G.R. XI/6463 (Rendicontazione delle Donazioni per l'emergenza Covid), con cui si è dato mandato al Dirigente della Struttura Ragioneria di effettuare tutte le operazioni per la chiusura del conto corrente istituito il 9 marzo 2020 "Sostegno emergenza Coronavirus".

6. Attività in collaborazione con il Collegio dei Revisori dei Conti

Tale collaborazione ha preso avvio sin dal 2021, in linea con quanto prescritto dall'art. 5 della legge regionale 28 settembre 2018, n. 13 (Istituzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo), a mente del quale, per favorire il necessario coordinamento tra le diverse attività di controllo interno, Orac opera in raccordo con il Collegio dei Revisori dei Conti di cui all'art. 2 della legge regionale 17 dicembre 2012, n. 18.

In particolare, è stata concertata una azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle *fideiussioni*, già avviata all'interno della Giunta regionale ad opera della Direzione Centrale competente in materia di bilancio e finanza, e ora estesa agli enti del sistema regionale (Sireg).

Il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia ha in un primo momento, avviato una attività di verifica del monitoraggio e del controllo effettuato dagli uffici

competenti di Regione Lombardia con riferimento alle garanzie fideiussorie rilasciate a favore dell'ente.

Tale verifica ha rappresentato il punto di partenza necessario per impostare una attività di lavoro finalizzata al monitoraggio della corretta gestione delle fideiussioni, al fine di prevenire rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili, che possano comportare difficoltà nell'ottenimento della prestazione di garanzia al momento dell'escussione.

In un secondo momento, su richiesta del Collegio dei Revisori dei Conti, la funzione audit ha attivato una attività di verifica, nelle forme scelte da ciascun ente, sulle fideiussioni delle società *in house* di Regione Lombardia.

Gli esiti di tale attività sono stati rendicontati nella Relazione Annuale sull'attuazione del Piano di Audit 2021 (paragrafo 2.2. "Rete degli Internal Auditors") e, per quel che concerne l'intervento di Orac, nella Relazione conclusiva del primo semestre 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

Da ultimo, Orac e il Collegio dei Revisori hanno ritenuto opportuno richiamare l'attenzione di quegli enti del sistema regionale (l. r. 30 del 2006), il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia – selezionando così una più ristretta categoria di enti rispetto alla totalità dei soggetti che compongono il SiReg – affinché fosse riservata la dovuta attenzione alla tematica del corretto monitoraggio delle garanzie fideiussorie prestate a proprio favore.

A tal fine, è stata elaborata una nota avente ad oggetto il "controllo e il monitoraggio delle garanzie fideiussorie per gli enti Sireg", firmata congiuntamente dal Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e dalla Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia (di seguito: *nota congiunta*) e trasmessa il 18 ottobre 2021.

Gli enti destinatari della nota – 8 ATS (Agenzie di Tutela per la Salute), 27 ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), 4 IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), 4 ALER (Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale), l'AREU (Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza) e PoliS (Istituto Regionale per il Supporto alle Politiche della Lombardia); per un totale di **46 soggetti campionati** – sono stati invitati ad effettuare un controllo delle garanzie fideiussorie, adottando i criteri, le modalità e le procedure dagli stessi ritenuti più utili ed opportuni in vista del perseguimento del fine di un compiuto monitoraggio.

Nella nota, sono stati richiamati alcuni indici di riferimento su cui concentrare il controllo, per fornire una indicazione orientativa agli enti del SiReg nell'espletamento della verifica in commento, e precisamente:

- (i) la legittimazione del soggetto che rilascia la garanzia;
- (ii) la sua affidabilità;
- (iii) le eventuali sospensioni della abilitazione;
- (iv) l'oggetto della garanzia;

- (v) l'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti;
- (vi) a durata e l'idoneità del periodo di copertura;
- (vii) le modalità di svincolo e di escussione;
- (viii) la adeguata custodia del documento e la valutazione dei profili formali afferenti alla singola garanzia prestata.

Gli enti del SiReg il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia hanno dunque condiviso gli esiti del controllo e del monitoraggio in oggetto, rispondendo con sollecitudine alla citata nota congiunta e presentando le rispettive relazioni.

Lo scopo del lavoro è consistito nell'esplicitare i risultati ottenuti all'esito dell'analisi delle relazioni degli enti SiReg campionati, fornite in risposta alla nota congiunta del Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e della Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia. Secondo la prospettiva di Orac, i risultati della analisi condotta permettono non solo di rappresentare le attualità modalità e caratteristiche mediante le quali gli enti del sistema regionale effettuano controlli sulle fidejussioni stipulate a garanzia dei contratti pubblici delle amministrazioni, ma possono altresì consentire e rendere possibile, nel prossimo futuro, l'estensione di quelle prassi virtuose, già rinvenute nell'attività di alcuni degli enti monitorati, all'intero sistema regionale. Infatti, l'insieme dei soggetti pubblici analizzati ha dimostrato, come si vedrà, di contenere al suo interno mezzi e capacità più che adeguati all'espletamento di un controllo puntuale sui profili di adeguatezza e idoneità delle cauzioni contratte, potendosi dunque sensibilizzare tutte le amministrazioni del sistema al raggiungimento di un siffatto *gold standard*.

Molteplici previsioni normative dell'ordinamento impongono la presentazione di una garanzia finanziaria per l'accesso a una attività economica o per la partecipazione a procedure di evidenza pubblica. In particolare, in base al D. Lgs. 50/2016 (cd. *Codice dei contratti pubblici*) è necessaria la stipulazione di un contratto di garanzia provvisorio per tutti i soggetti partecipanti alla gara e, per quel che maggiormente interessa in questa sede, di un contratto di garanzia definitivo per l'aggiudicatario, di modo che gli obblighi connessi al contratto di appalto o di concessione concluso possano essere garantiti da un soggetto terzo, dotato di requisiti di solvibilità e di solidità finanziaria tali da assicurare l'incameramento della somma garantita in caso di inadempimento dell'obbligato in via principale.

Tra gli obblighi di acquisizione di una garanzia previsti dal Codice dei contratti pubblici si annoverano le fidejussioni per: (i) la cauzione provvisoria (art. 93); (ii) la cauzione definitiva (art. 103, co. 1); (iii) per la rata di saldo (art. 103, co. 6); (iv) per la risoluzione (art. 104); per l'anticipazione (art. 35, co. 18).

Beneficarie di queste garanzie sono le pubbliche amministrazioni (nel corso di un procedimento di autorizzazione o di un procedimento di evidenza pubblica, destinato a concludersi con la stipulazione di un contratto di diritto speciale), le quali vengono così

coperte dal rischio di inadempimento dell'operatore economico che chiede l'autorizzazione o partecipa alla gara.

Le garanzie in commento possono essere costituite: da una cauzione reale, consistente nel deposito di una somma di danaro; da una fideiussione finanziaria, rilasciata da una banca o da altro intermediario finanziario a ciò autorizzato; da una polizza assicurativa fideiussoria, emessa da una compagnia assicurativa.

Nel corso degli anni, si sono rese sempre più evidenti le potenziali criticità in relazione alle fideiussioni.

In particolare, le garanzie fideiussorie comportano per i garanti impegni finanziari spesso consistenti, specie là dove si tratti della necessità di assicurare i rischi connessi ad una procedura di evidenza pubblica, con la nefasta evenienza, dunque, che il patrimonio di garanzia non riesca a coprire l'entità dell'importo garantito.

Inoltre, gli impegni assunti dal fideiussore sono di lunga durata, con conseguenti possibili modificazioni della consistenza finanziaria del garante nel corso del tempo, di modo che, intervenuto a distanza di anni l'inadempimento dell'obbligato in via principale, il patrimonio di garanzia risulti modificato in negativo rispetto al momento originario in cui si è stipulato il contratto di garanzia.

Infine, è accaduto che le garanzie in discorso siano state stipulate da soggetti non legittimati, o si siano rivelate addirittura falsificate. In altri casi, invece, è risultato difficoltoso escuterle a causa dell'insolvenza del garante o, più frequentemente, a ragione della sua pretestuosa opposizione di eccezioni, resa possibile dall'inserimento di clausole non chiare nel contratto di fideiussione.

Per tali motivi il tema è attenzionato, come dimostrato anche dal documento rilasciato dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Ivass), da Banca d'Italia, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac) e dalla Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (Agcm), dal titolo "*garanzie finanziarie: suggerimenti per le pubbliche amministrazioni e altri beneficiari*", documento emanato con l'obiettivo di fornire un supporto alle pubbliche amministrazioni. Nel testo vengono chiarite le modalità più opportune per lo svolgimento di controlli preliminari rispetto alla stipula di contratti di fideiussione, al fine di prevenire rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori abusivi o inaffidabili, con correlative difficoltà di escussione.

Orac e il Collegio dei Revisori, dunque, hanno inteso analizzare le modalità con cui gli enti del sistema regionali effettuano il controllo sulle fideiussioni, prima e dopo la stipulazione, verificando le risposte degli enti alla nota congiunta.

Atteso l'elevato livello di dettaglio che ha caratterizzato alcune delle relazioni fornite in risposta dagli enti Sireg, si è deciso di classificare i dati ottenuti attraverso la formulazione di una **check list**, elaborata utilizzando il citato documento realizzato da Ivass, Bdl, Anac e Agcm, **composta da 19 quesiti oggetto di indagine** (*check list allegata alla presente relazione*). Tali quesiti corrispondono alle indicazioni orientative fornite agli enti con la nota congiunta stessa, specificandone i contenuti.

Attraverso l'emanazione della nota congiunta dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e del Collegio dei Revisori dei Conti si è inteso sensibilizzare quegli enti del sistema regionale il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia circa l'importanza dello svolgimento di attività di controllo e di verifica periodica dell'adeguatezza dei contratti di garanzia e delle polizze fideiussorie stipulate a favore delle pubbliche.

È risultato dunque necessario attuare un lavoro di analisi e di censimento dei riscontri forniti dagli enti in risposta alla nota, con l'elaborazione della check list redatta secondo i criteri indicati nel paragrafo relativo alla metodologia di analisi.

A livello teorico, l'attuazione di tutte le forme di controllo e della totalità delle cautele indicate nei quesiti oggetto di analisi che compongono la check list concreterebbe il più elevato *standard* di attenzione sui profili della solvibilità e legittimazione del garante, della congruità della garanzia rispetto al singolo acquisto di beni o di servizi e dell'efficacia della vigilanza sui contratti di fideiussione stipulati.

Ebbene, più della metà (il 55%) dei riscontri ottenuti sono positivi. Tale dato vuole significare che, a livello generale, gli enti del sistema regionale effettuano già le verifiche necessarie ad evitare che la singola pubblica amministrazione possa essere esposta, data la non idoneità della cauzione, al rischio di non incameramento della somma garantita nel caso di necessità.

Il fine del presente lavoro, come chiarito, non consiste nell'individuazione di quegli enti che risultino più carenti dal punto di vista della diligenza nello svolgimento dei controlli circa le fideiussioni: infatti non si è espressa una percentuale di adempienza o meno ai quesiti della check list per ogni singola amministrazione pubblica campionata. I dati ottenuti, in altri termini, non esprimono la percentuale di enti che risultino adempienti o meno ai quesiti d'indagine, bensì rappresentano quante delle forme di controllo ottimali, sottese ad ognuno dei 19 quesiti, siano effettuate.

L'interesse del Gruppo di Lavoro è stato infatti quello di rilevare i livelli di adeguatezza delle prassi degli enti Sireg rispetto a ciascuno dei controlli raccomandati con i quesiti della check list, verificando in che modo gli stessi enti prospettassero l'espletamento dei citati controlli, rendicontandone i risultati ottenuti; ed è in questo senso che il lavoro svolto ha evidenziato elementi positivi e incoraggianti: l'insieme dei soggetti pubblici analizzati ha dimostrato, fornendo relative dichiarazioni in tal senso, di contenere al suo interno mezzi e capacità più che adeguati all'espletamento di un controllo puntuale sui profili di adeguatezza e idoneità delle cauzioni contratte, potendosi dunque sensibilizzare tutte le amministrazioni del sistema al raggiungimento del *gold standard* in materia, rappresentato dal compimento delle azioni raccomandate nella check list.

In particolare, un terzo degli enti del sistema, nella propria relazione di risposta alla nota congiunta, ha già evidenziato autonomamente la necessità di procedere ad un miglioramento delle forme di controllo sulle fideiussioni, individuando correlativamente i profili di carenza da implementare.

Nessun ente, poi, ha dimostrato di non avere cognizione dell'importanza del tema dei controlli sulle garanzie dei contratti pubblici stipulati, come documentato da quelle relazioni di risposta alla nota congiunta in cui si è ammesso il non svolgimento di una specifica azione, con la contestuale indicazione dei piani futuri per mettere a sistema l'accertamento sino ad ora mancante.

Conclusivamente, in relazione ai profili (i) delle verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione; (ii) del rischio di contraffazione e della idoneità della garanzia; (iii) della verifica della solvibilità del garante e del corretto procedersi allo svincolo della garanzia, si è raccomandato agli enti del sistema campionati, i quali non lo abbiano già fatto, di verificare il regolare compimento delle azioni prescritte nella presente check list e di colmare eventuali carenze dei controlli, seguendo le azioni raccomandate nei singoli quesiti oggetto di indagine.

Alla luce dei risultati dell'analisi condotta, pare dunque opportuno – ed è senz'altro intenzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo – ripetere la raccolta dei dati in un prossimo futuro, al fine di verificare l'auspicato stato di avanzamento verso lo standard ottimale in materia di controlli e di monitoraggio delle fideiussioni stipulate dagli enti pubblici, con riserva di effettuare più approfondite verifiche.

Il tema del controllo sulle garanzie stipulate dagli enti pubblici, in altri termini, non può che costituire un *leitmotiv* anche per l'annualità 2023, in considerazione della continua evoluzione degli strumenti e delle pratiche utilizzabili per gestire con efficacia i rischi sottesi (si fa riferimento ad es. agli studi scientifici recenti circa l'utilizzo della tecnologia *blockchain*, condotti in ambito accademico e in via di sperimentazione).

L'Organismo ha approvato la relazione conclusiva “*Analisi dei riscontri forniti dagli enti Sireg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori*”, nella quale si descrivono più puntualmente le verifiche svolte e i risultati ottenuti, con la deliberazione n. 17 del 21 novembre 2022 (**Allegato F** alla presente relazione).

7. Comunicazione – Relazioni esterne.

7.1 Comunicazione – Sito web

Il sito istituzionale di Orac (www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac) è stato ulteriormente arricchito di contenuti, con un lavoro di aggiornamento costante.

Complessivamente ad oggi sono stati pubblicati:

- 50 deliberazioni
- 122 ordini del giorno e sintesi delle riunioni
- 4 Piani Annuali
- 5 Relazioni semestrali

- 7 atti, documenti e video relativi a Webinar

È stata arricchita una pagina di News, dedicata alle attività e agli incontri organizzati da Orac (nel ciclo *Orac Incontra*), con materiale di approfondimento allegato e scaricabile.

Si è inoltre conclusa l'implementazione di una ulteriore funzionalità dedicata ai cittadini/istituzioni che hanno inviato delle segnalazioni a Orac; consentirà ai segnalanti di verificare direttamente, attraverso un codice che assicura completa riservatezza, lo stato in cui si trova l'iter della segnalazione.

Nel periodo agosto – dicembre 2022, l'utilizzo del sito può essere sintetizzabile dai seguenti dati: 903 utenti, 1517 sessioni di lavoro, 10.220 visualizzazioni di pagina.

8. Considerazioni conclusive

La presente Relazione si pone a valle del triennio di operatività di Orac, a seguito di anni segnati da un evento straordinario di eccezionale gravità, i cui effetti non sono ancora esauriti. Il fenomeno pandemico da COVID-19 ha interessato direttamente le amministrazioni pubbliche e ha messo a dura prova, in particolare, l'amministrazione della Regione Lombardia.

L'Organismo di controllo ha accompagnato l'amministrazione regionale esercitando le funzioni ad esso attribuite e supportandone l'azione in termini di efficacia, legalità, trasparenza e correttezza secondo il modulo d'intervento definito anche in altre occasioni di "*vigilanza collaborativa*", nel convincimento che tali principi debbano essere applicati anche in contesti emergenziali e post-emergenziali.

Anche nel corso del 2022 l'attività di Orac si è svolta regolarmente con riunioni collegiali effettuate a distanza e talora in presenza, con l'affiancamento delle strutture di staff e con il leale contributo degli organi della Regione e degli enti del sistema regionale. A tutti loro va il ringraziamento dell'Organismo.

La Relazione dà conto puntualmente dei risultati conseguiti sia rispetto agli obiettivi del Piano annuale di attività sia attraverso la gestione delle pratiche prese in carico da Orac in base a segnalazioni o d'ufficio.

L'occasione offerta dalla Relazione va colta per ribadire alcune considerazioni generali.

Il disegno perseguito dal legislatore lombardo, innovativo nel panorama degli ordinamenti regionali, è stato quello di costituire un organismo nuovo con una *mission* diversa e originale rispetto alle esperienze del passato. Con l'istituzione di Orac si è

confermata l'attenzione riservata al tema dei controlli, già evidenziata con la lr 17 del 2014 (Disciplina dei controlli interni).

Una prima sfida è consistita nel praticare l'indipendenza predicata a livello normativo e, al contempo, di "operare in stretto coordinamento con le competenti strutture della Giunta regionale e degli enti del sistema". Il che sta a significare che l'indipendenza non comporta la chiusura autoreferenziale dell'Organismo, che è anzi chiamato a confrontarsi col sistema regionale mediante la costante pratica della leale collaborazione fra le istituzioni. I frequenti contatti con le strutture regionali sono improntati al rispetto reciproco e caratterizzati da sincero spirito collaborativo. Anche la presenza tra i componenti di due dirigenti regionali, seppur con uno *status* differenziato per evitare conflitti di interesse, e la partecipazione alle sedute del RPCT, si sono rivelate preziose per il raccordo tecnico con le strutture.

Orac si è altresì adoperato affinché tale esperienza, inedita a livello nazionale, fosse portata a conoscenza all'esterno – anche mediante protocolli d'intesa e incontri culturali - per stimolare il confronto comparativo con altre realtà regionali e istituzioni, nella comune prospettiva del rafforzamento della logica dei controlli e della trasparenza.

Oggi l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza pone nuove e interessanti sfide per l'amministrazione regionale, poiché dall'imponenza dell'entità dei finanziamenti può derivare un elevato rischio di abusi o illegalità, come già rilevato in molte sedi, anche internazionali. Orac si adopererà per l'attivazione di procedure di controllo efficaci e snelle. Tra le nuove metodologie va sperimentata la messa in rete e il coordinamento dei controllori e delle risorse informative. Lo strumento principale resta la trasparenza dei flussi finanziari, la loro piena tracciabilità e la condivisione dei dati. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, consentono di migliorare il processo decisionale, con particolare riferimento ai settori maggiormente esposti al rischio di riciclaggio e corruzione: appalti, concessioni, autorizzazioni, contratti e finanziamenti pubblici.

Occorre, in altri termini, che non venga messa in pericolo l'opportunità straordinaria che viene oggi offerta al nostro paese: l'opportunità che i progetti riformatori non si fondino semplicemente su clausole finali delle leggi cosiddette di invarianza finanziaria, ovvero senza un incremento di spesa, come purtroppo troppo spesso è avvenuto. Finalmente, possono penetrare nel tessuto sociale ingenti risorse finanziarie di provenienza europea, suscettibili di essere investite in un progetto di trasformazione della realtà amministrativa.

La sfida della pubblica amministrazione consiste quindi nel coniugare tale opportunità offerta con l'esigenza di non smarrire i connotati del farsi dell'azione amministrativa: la legalità e la trasparenza. Il tema centrale, dunque, rimane la scelta del modello dei controlli. Immaginare un percorso fatto solo di obiettivi da raggiungere, di *Milestones* e *target*, di risultati, che sia privo di controlli, non è evidentemente possibile. In tal senso non può che essere valorizzato l'elemento innovativo proprio di Regione Lombardia, espresso con la legge istitutiva 13/2018. La Regione Lombardia, infatti è stata la prima in Italia a realizzare una esperienza rivelatasi fino ad ora unica sul territorio

nazionale e che mira ad estendersi anche ad altre regioni¹: la costituzione di un organismo regionale di controllo che è connotato da indipendenza e allo stesso tempo che si muove secondo il noto canone di manovra, più volte evocato nel corso della presente relazione, della *vigilanza collaborativa*.

Non si tratta di un controllo *ex post*, ma un controllo costantemente *in fieri* e in divenire, di accompagnamento alle varie articolazioni amministrative. L'attività di ORAC si è sviluppata e si svilupperà attraverso raccomandazioni, sollecitazioni, e mediante l'impiego di un monitoraggio continuo per verificare lo stato di avanzamento della amministrazione verso lo *standard ottimale*. Tale attività contribuisce quindi a tenere insieme, da un lato, la logica del risultato, necessaria per il corretto impiego dei fondi europei, e, dall'altro, il controllo di legalità e trasparenza, che altrimenti sarebbe soltanto appannaggio della realtà giurisdizionale, la quale, come noto, rischia di giungere oltre i tempi utili per realizzare efficaci correttivi.

Si tratta, dunque, di una esperienza unica, ambiziosa e audace: tenere insieme i modelli di difesa della legalità e valorizzare ORAC, come centro di raccolta della rete dei vari soggetti deputati al controllo. Il traguardo sperato è la realizzazione di percorsi che rendano efficace l'azione amministrativa nel convogliare le risorse finanziarie verso gli obiettivi, nel rispetto dei baluardi della legalità e della trasparenza.

Orac intende offrire il proprio contributo perché ci si possa muovere correttamente sul percorso tracciato.

¹ È in fase di costituzione l'Organismo Regionale per il Controllo Collaborativo, presso la Regione Piemonte, istituito dalla legge regionale 8 novembre 2021, n. 27.

ALLEGATO A

DELIBERAZIONE N. 18 seduta del 12 dicembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prosperi	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano, Marcello Crivellini, Umberto Fantigrossi

OGGETTO: Approvazione del documento "Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico-privato" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 3.3 del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

L'atto si compone di n. 22 pagine di cui n. 20 pagine allegate quale parte integrante

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, hanno presentato il documento *“Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico-privato”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 3.3 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 *“Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo”* e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento avente ad oggetto *“Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico-privato”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 3.3 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, alla Direzione Generale Welfare e ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio

**OB. 3.3 PdA Orac 2022 – Sperimentazioni gestionali: partenariato pubblico-privato****Relazione conclusiva:****Sommario**

1. Introduzione	3
2. Ambito normativo e regolamentare	4
2.1 Le origini delle sperimentazioni gestionali	4
2.2 Le linee guida regionali	6
3. Le sperimentazioni attivate in Lombardia	11
4. Attività istruttoria svolta e risultanze	13
4.1. Comitato di Sorveglianza Regionale	13
4.2. Comitati di Indirizzo e Coordinamento	15
4.3 Approfondimento attività di monitoraggio su due sperimentazioni gestionali	16
4.3.1 Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara	17
4.3.2 Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma	18
5. Considerazioni finali	20

1. Introduzione

L'obiettivo 3.3 del Piano delle attività dell'Organismo Regionale delle Attività di Controllo 2021-2022 si focalizza sull'approfondimento delle sperimentazioni gestionali negli enti sanitari, autorizzate dalla Giunta regionale in forza dell'art. 19 della l.r. 30 dicembre 2009 n.33. L'analisi è stata condotta mediante una ricognizione delle attività di monitoraggio svolte sulle sperimentazioni gestionali, nel periodo 2017-2020, da parte del *Comitato di sorveglianza Regionale* e dai *Comitati di indirizzo e coordinamento* (locali) delle sperimentazioni, previsti dalla DGR IX/4935 del 28 febbraio 2013 - così come modificata dalla DGR XI/1180 del 28 gennaio 2019 - finalizzata alla elaborazione di indirizzi per il miglioramento delle metodologie di controllo su tale tipologia di collaborazione pubblico/privato. Nella relazione, dopo un'illustrazione dei principali riferimenti normativi e regolamentari delle sperimentazioni gestionali, verranno esposte le analisi condotte sull'attività di monitoraggio dei Comitati - anche con riferimento a due specifiche sperimentazioni gestionali selezionate - nonché le criticità emerse e gli spunti di miglioramento per il potenziamento dei controlli.

2. Ambito normativo e regolamentare

2.1 Le origini delle sperimentazioni gestionali

Le sperimentazioni gestionali nel Servizio Sanitario Nazionale – intese come forme di collaborazione tra strutture sanitarie e soggetti privati volte a sviluppare nuovi modelli per la gestione dei servizi sanitari, al fine di migliorarne l'efficienza e la qualità - trovano il suo primo riferimento normativo nella Legge n. 412 del 30 dicembre 1991. Nello specifico, l'art. 4, c. 6, introduce, *“in deroga alla normativa vigente, le sperimentazioni gestionali ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi”*, prevedendo quale unico limite alla realizzazione delle suddette sperimentazioni il *“rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti”*.

La norma istitutiva non fornisce, quindi, una puntuale definizione della categoria concettuale e giuridica di *“sperimentazione gestionale”*. Evidenzia, tuttavia, l'esigenza di rispettare la caratteristica fondamentale di questo modello gestionale sanitario, che risiede nella necessità di realizzare collaborazioni in ambito pubblico-privato, finalizzate al miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario, all'acquisizione delle risorse finanziarie, delle conoscenze e delle esperienze. Gli interventi normativi successivi – quali il D.Lgs. n.502/92 - hanno riguardato aspetti di maggior dettaglio, ma non hanno modificato in maniera sostanziale l'impianto normativo delle sperimentazioni gestionali.

L'art.9-bis del Dlgs n.502/92 – soggetto, nel tempo, a modifiche/integrazioni – specifica che *“le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia”*, riferiti ai criteri ivi indicati.

Tra le norme successive che hanno modificato il D.Lgs. n.502/92, quella maggiormente significativa per le sperimentazioni gestionali è stata introdotta dall'art. 3, comma 1, della Legge n.405 del 16.12.2001, che, nel modificare l'art.19, comma 2 del D.Lgs 502/92, ha aggiunto che *“non costituiscono principi fondamentali, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, le materie di cui agli art.4, comma 1-bis, e 9 bis”*.

A seguito all'entrata in vigore dell'art. 3, c. 1, della L. 405/2001, pertanto, le Regioni possono disciplinare, con una propria regolamentazione, il tema delle sperimentazioni gestionali, anche prescindendo dalle indicazioni contenute nell'art. 9-bis, ma nel rispetto della legislazione vigente. Inoltre, il comma 6 del citato art. 3 riconduce i programmi di sperimentazione alla volontà regionale, sopprimendo la preventiva autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni. Da tale scelta discende, quindi, una maggiore autonomia da

parte delle Regioni nel disciplinare le sperimentazioni gestionali con propria iniziativa, differenziando il tema nel contesto nazionale.

In definitiva, può essere così riassunto l'intervento degli enti regionali sul tema.

Un primo gruppo, che potremmo definire degli "adempienti alla normativa nazionale", è costituito da Regioni che hanno effettuato un semplice recepimento delle direttive nazionali, senza offrire una diversa interpretazione rispetto a quanto stabilito del legislatore¹.

A questo gruppo di Regioni ne è seguito un altro che ha proposto iniziative legislative nel settore. Tra di esse vi è la Regione Lombardia, che con **l.r. 23/2015** ha introdotto, nel T.U. LL. SS. Regionale (l.r. 30 dicembre 2009 n.33), **l'art. 19** che, nella versione da ultimo modificata dall'art.26, comma 1 L.R. n.22 del 14.12.21 e dall'art.13, comma 1, L.R. n.8 del 20 maggio 2022, stabilisce:

1. *"La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992 promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.*
2. *La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:*
 - a) *la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato;*
 - a-bis) *selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione;*
 - b) *alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992.*
3. *Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.*
4. *Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, o comunque passati almeno dieci anni dall'inizio della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore secondo le regole di cui all'art.15 o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.*
5. *La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e*

¹ In tale casistica si possono annoverare Regioni, quali: l'Abruzzo, la Calabria, la Campania, il Friuli-Venezia Giulia, il Lazio, la Liguria, le Marche, il Molise, la Sardegna, l'Umbria, la Valle d'Aosta, il Veneto e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Rapporto Oasi 2012, cap.12, Cergas - Bocconi.

l'appropriatezza prestazionale ed economica. Tali rimodulazioni possono essere autorizzate dalla Giunta regionale anche al momento della stabilizzazione del modello gestionale di cui al comma 4, fermo restando l'impossibilità di modificare le attività oggetto della procedura ad evidenza pubblica.

La scelta del partner, pertanto, avviene secondo procedure ad evidenza pubblica, ai sensi del menzionato art. 19 introdotto dalla l.r. n. 23/2015. In precedenza, le linee guida del 2004 consentivano, invece, forme di partenariato in cui Azienda pubblica e soggetto privato partecipavano direttamente ad una associazione o costituivano una Fondazione in partecipazione, in cui a volte era il soggetto privato a cooptare nella collaborazione strutturata l'Ente pubblico.

2.2 Le linee guida regionali

Nel corso degli anni, oltre alla normativa già rappresentata, è stato approntato dalla Giunta regionale un regime regolatorio secondario, caratterizzato dalla adozione, con delibera, di specifiche Linee Guida in materia di sperimentazioni gestionali, per le quali sono state poi definite successive integrazioni ed aggiornamenti.

In particolare:

- con DGR n.VI/42718 del 29.04.99 è stato approvato il documento *"Rapporto in ordine al reperimento di nuove risorse per il settore sanità della Regione Lombardia"*, quale riferimento, per le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici, per l'attivazione di collaborazioni con i soggetti di diritto privato, fornendo una elencazione di una gamma di strumenti giuridici per consentire ai soggetti interessati di identificare la soluzione più idonea;
- con DGR VII/18575 DEL 05.08.2004 sono state approvate le *"Linee Guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Pubbliche e soggetti privati"* volte a fornire linee di indirizzo e demandando a livello aziendale – stante l'autonomia organizzativa e gestionale che caratterizza le aziende sanitarie - l'opportunità di attivazione delle collaborazioni, la scelta dello strumento giuridico maggiormente idoneo, e stabilendo gli obiettivi da perseguire, gli strumenti utilizzabili per la collaborazione con i soggetti privati e l'iter autorizzativo da seguire per l'attivazione, sottolineando che tali sperimentazioni sono poi oggetto di specifica autorizzazione regionale;
- con DGR VII/7854 DEL 30.07.2008 è stato effettuato un *"Aggiornamento delle Linee Guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Pubbliche e soggetti privati"*. La DGR fornisce indicazioni modificative/integrative: riguardo alla forma giuridica delle collaborazioni (eliminando la possibilità della società mista); alle modalità di scelta del partner (da selezionare mediante una procedura ad evidenza pubblica); alle caratteristiche del sistema di controllo/monitoraggio dei progetti; all'attribuzione del rischio economico relativo alle sperimentazioni (a totale carico del soggetto privato, liberando l'azienda sanitaria pubblica da ogni responsabilità), nonché problematiche riguardanti il personale coinvolto;

- con DGR IX 4935 del 28.02.2013 sono state disposte delle *“Integrazioni delle linee guida regionali per l’attivazione tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati in attuazione delle indicazioni contenute nella relazione annuale 2010 del Comitato dei Controlli”*. Come esplicitato dalla stessa DGR, anche al fine di recepire le osservazioni contenute nella relazione del Comitato Controlli 2010² e tener conto dell’esperienza maturata in materia, si è provveduto all’aggiornamento delle linee guida apportando elementi integrativi relativamente a: a) soggetti, obiettivi e contenuti delle sperimentazioni; b) forme delle sperimentazioni (reintroducendo l’utilizzazione della società mista solo in via eccezionale, nel caso in cui le altre forme giuridiche non siano convenienti per l’azienda pubblica); c) valutazione delle sperimentazioni (ruolo del soggetto gestore e del partner pubblico; istituzione del Comitato di sorveglianza regionale; Comitato di indirizzo e coordinamento di ciascuna sperimentazione a livello locale); d) la fase conclusiva: la cessazione anticipata; la proroga; la messa a regime delle sperimentazioni;
- con DGR XI/1180 del 28.01.2019 è stata adottata la *“Modifica dell’allegato alla DGR n.IX/4935/2013 Le sperimentazioni gestionali – integrazione delle linee guida regionali”* con la quale sono state apportate due modifiche: 1) la prima attiene alla nomina del Direttore Sanitario della sperimentazione; 2) variazione della composizione del Comitato di Sorveglianza Regionale passando da 5 a 7 (di cui 4 interni e 3 esterni).

Le Linee Guida regionali dettagliano in modo specifico i profili che connotano le sperimentazioni gestionali tra Aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati, definendone e delineandone molteplici aspetti. Nel prosieguo della trattazione verrà riportato il quadro regolamentare relativo agli aspetti di monitoraggio delle sperimentazioni - che rappresenta il focus del presente lavoro - al fine di sottolinearne le peculiarità e raffrontarle con quanto riscontrato dagli approfondimenti effettuati.

Dalla lettura delle linee guida non si può non evidenziare la mancanza di un documento unitario sulle sperimentazioni gestionali, rendendo necessario, per avere il quadro d’insieme, ripercorrere ed esaminare le evoluzioni regolamentari via via succedutesi. Sarebbe opportuno, ad avviso dell’Organismo, per una maggiore fruibilità da parte dei destinatari, sistematizzare in un documento unitario la normativa regolamentare sulle sperimentazioni gestionali che, oltre a renderla maggiormente organica, potrebbe rappresentare l’occasione per una revisione/aggiornamento della disciplina, anche al fine di tener conto di modifiche normative e di contesto intervenute; dell’esperienza maturata in materia di sperimentazione gestionali, nonché degli elementi emersi dalla presente relazione.

2.2.1 Comitati di Controllo delle sperimentazioni gestionali

Come sottolineato dallo stesso art.19, comma 3 della L.R. n.33/2009 *“le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la*

² Il Comitato dei Controlli, nella propria relazione riferita all’annualità 2010, ha riportato un focus sulle collaborazioni tra aziende pubbliche e soggetti privati verificando i processi volti all’autorizzazione e al monitoraggio di tali collaborazioni. In tale relazione sono contenute una serie di osservazioni e raccomandazioni, in parte recepite nelle *“integrazioni della linee guida”* emanate con DGR IX 4935/2013, e che verranno richiamate nel corso della presente trattazione.

riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi". Mediante l'apporto del contributo del soggetto privato, in termini di capacità economiche e gestionali, è possibile, pertanto, realizzare miglioramenti in termini di servizi offerti - sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo - che investimenti per l'ammodernamento delle strutture.

Al fine di tutelare i portatori di interesse (stakeholder) e per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi perseguiti dalla sperimentazione diventa cruciale implementare un sistema di monitoraggio che consenta una valutazione dell'andamento della gestione mediante la verifica puntuale di indicatori (economico-finanziari, operativi, sanitari) e dei risultati di periodo rispetto a quanto definito.

Le stesse linee guida sulle sperimentazioni, in materia di controlli, specificano che *"la sperimentazione gestionale deve avvenire sempre tramite modalità atte a garantire il pieno controllo nei processi decisionali da parte del soggetto pubblico, mettendolo nelle condizioni di svolgere la propria funzione sia di indirizzo sia di controllo delle attività oggetto di collaborazione. È importante prevedere un efficace sistema di verifica e monitoraggio complessivo dei progetti, sia nei suoi aspetti di carattere economico, sia in quelli relativi a livelli e qualità dei servizi erogati"*.

Nell'ambito delle linee guida, il controllo delle sperimentazioni è stato via via potenziato fino a pervenire all'attuale configurazione che prevede due livelli di vigilanza e controllo da parte di: A) Comitato di Sorveglianza Regionale; B) Comitato di Indirizzo e Coordinamento della Sperimentazione.

A) Comitato di Sorveglianza Regionale³

È un organo tecnico di supporto alla DG Welfare nella valutazione delle sperimentazioni. Nell'attuale configurazione il Comitato di Sorveglianza Regionale si compone di 7 membri, di cui 4 interni alla DGW⁴ e 3 membri esterni, quali: a) un Direttore Sanitario esperto in organizzazione sanitaria; b) un legale esperto in materia di persone giuridiche private; c) un esperto in contabilità delle aziende sanitarie). I componenti esterni sono selezionati mediante avviso pubblico e l'incarico ha durata triennale⁵.

Le funzioni che la DGR n. IX/4935/2013 attribuisce al Comitato di sorveglianza regionale sono:

- "predisporre indicazioni per la presentazione, l'approvazione e la valutazione delle sperimentazioni;
- proporre alla DG Welfare le aree di interesse per nuove sperimentazioni;

³ Il "Comitato di sorveglianza regionale", previsto dalla D.G.R. n. IX/4935/2013, sostituisce la "Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato" introdotta con d.g.r. n. VII/18575/2004.

⁴ Le Linee Guida individuano specificatamente le aree organizzative interne alla Direzione Welfare che fanno parte del Comitato di Sorveglianza Regionale.

⁵ La composizione del Comitato è stata modificata con Delibera n.1180 del 2019. In precedenza, erano previsti 5 membri di cui almeno 2 esterni.

- fornire indicazioni per l'implementazione di un sistema informativo di monitoraggio dei progetti per:
 - l'iter di approvazione delle sperimentazioni, nonché del loro monitoraggio periodico;
 - la rendicontazione mensile delle attività della sperimentazione;
 - l'individuazione di indicatori misurabili relativi sia ad aspetti economico-finanziari, sia ad aspetti sanitario-gestionali riguardanti le attività svolte, che consentano un concreto e costante monitoraggio strutturato e sistematico del grado di raggiungimento degli obiettivi della sperimentazione stessa;
 - la valutazione sistematica della sperimentazione gestionale, anche attraverso il coinvolgimento delle parti istituzionali, al fine di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi e la loro coerenza con le attese del progetto e le finalità istituzionali;
- valutare periodicamente i risultati delle sperimentazioni in atto presentati dalle aziende sperimentatrici, attraverso un sistema informativo specifico;
- presentare una relazione annuale alla Direzione Generale Welfare sui risultati conseguiti dalle sperimentazioni gestionali, sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi, dalla quale emergano in particolare eventuali miglioramenti dei servizi a livello locale; l'interesse per l'Azienda Sanitaria, in termini di efficienza, qualità ed economicità dei servizi resi; del know how apportato e degli effetti prodotti sul personale coinvolto;
- esprimere parere non vincolante, alla Direzione Generale Sanità, nel caso di cessazione delle sperimentazioni".

Il Comitato di Sorveglianza Regionale è stato recentemente rinnovato nella composizione con decreto della DGW n. 14579 del 12/10/2022. Per la selezione dei componenti esterni sono stati pubblicati due avvisi sul BURL, uno il 27.07.22 e l'altro il 07.09.22; quest'ultimo quale riapertura dei termini per la figura dell'esperto in materie giuridiche in quanto nel primo non vi erano state candidature. Il Comitato, precedentemente in carica, invece, è stato costituito con decreto DGW n.9161 del 24.06.2019 con durata triennale. Va specificato che, come previsto dagli avvisi per l'individuazione dei componenti esterni, *"la partecipazione alle sedute del Comitato di Sorveglianza Regionale non dà luogo ad alcun compenso"*.

B) Comitato di Indirizzo e Coordinamento della Sperimentazione⁶.

Per ciascuna sperimentazione gestionale è prevista la costituzione, a livello **locale**, di un Comitato di indirizzo e coordinamento. Tale comitato è formalmente nominato dall'Azienda Sanitaria proponente la sperimentazione ed è composto da tre membri: a) un rappresentante dell'Azienda sanitaria promotrice della sperimentazione, su indicazione della stessa; b) un rappresentante dell'ATS territorialmente competente; c) un rappresentante indicato dalla Regione⁷.

⁶ Il Comitato di indirizzo e coordinamento, così come esplicitato dalla D.G.R. n. IX/4935/2013, ha sostituito il "Comitato di Sorveglianza" introdotto dalla DGR n.7854/2008.

⁷ Le linee guida specificano che nel caso di Fondazioni, i compiti di vigilanza del Comitato di indirizzo e coordinamento locale, possono utilmente essere concentrati e coordinati, anche al fine di meglio assolvere ai

Tali comitati di indirizzo e coordinamento, secondo quanto definito dalle linee guida, svolgono le funzioni di:

- “valutare sistematicamente, ed in tutti i suoi aspetti, la sperimentazione gestionale, per verificarne il grado di raggiungimento degli obiettivi e la loro coerenza con le attese del progetto e le finalità istituzionali;
- verificare l'adeguamento del piano operativo e del piano economico-finanziario e patrimoniale ai cambiamenti in atto;
- proporre eventuali modifiche alle norme contrattuali, laddove esse si rendano necessarie rispetto alle esigenze del progetto;
- proporre possibili soluzioni e percorsi di miglioramento, attraverso una visione polivalente dei diversi aspetti e criticità che possono caratterizzare la sperimentazione (economico-finanziari, qualità, giuridici, sanitari etc.);
- presentare periodicamente alla Regione una relazione sull'andamento della sperimentazione, sulla base degli indirizzi regionali;
- promuovere il trasferimento di know how dal soggetto privato della sperimentazione all'Azienda pubblica, attraverso incontri ad hoc, promozione di attività formative, facilitazione nella programmazione di stage di personale, ecc.
- presentare, alla Regione, una relazione conclusiva della sperimentazione che valuti, in accordo con l'ASL competente territorialmente, anche l'impatto economico finanziario sulle risorse del SSR a livello locale.”

Le stesse linee guida, inoltre, forniscono indicazioni in merito alla tipologia di valutazioni che debbono essere effettuate riguardo alle sperimentazioni e che riguardano i seguenti aspetti: a) la congruenza delle attività rispetto alle finalità e obiettivi dichiarati; b) i costi e i ricavi della gestione della sperimentazione, nonché i fabbisogni finanziari e l'andamento del patrimonio; c) i costi della gestione propri dell'azienda pubblica; d) i benefici sul sistema sociosanitario lombardo. Annualmente, inoltre, devono essere valutati tutta una serie di indicatori di attività, qualità, outcome, come previsto dalla normativa regionale per le strutture sanitarie autorizzate e accreditate; nonché tener conto della *customer satisfaction* per tutti i servizi erogati.

Riguardo ai flussi informativi tra i diversi soggetti, le linee guida specificano che periodicamente, il soggetto gestore è tenuto a trasmettere all'Azienda sanitaria pubblica sperimentatrice una relazione che dia evidenza dell'andamento della gestione sperimentale sulla base degli elementi sopra indicati.

Tramite un apposito sistema informatico, al fine del monitoraggio regionale, è previsto l'invio periodico alla Direzione Regionale Welfare dei documenti economico-finanziari e

compiti di vigilanza prescritti dall'art. 25 del Codice civile – Controllo sull'amministrazione delle Fondazioni – atteso che l'assolvimento dell'uno non assorbe l'altro.

gestionali periodici della sperimentazione, nonché gli esiti dell'attività di monitoraggio dei Comitati di indirizzo e coordinamento.

3. Le sperimentazioni attivate in Lombardia

Regione Lombardia ha approvato 22 sperimentazioni gestionali, con una numerosità di gran lunga superiore alla media nazionale.

ORAC, nel condurre le proprie analisi ha preso a riferimento la situazione delle sperimentazioni gestionali al 31 dicembre 2020, da cui risultano 8 sperimentazioni ancora in corso, 1 sperimentazione autorizzata, ma non ancora attivata, 3 ritenute concluse dalla Regione e 10 sperimentazioni stabilizzate. Da tale numerosità emerge come gran parte delle sperimentazioni gestionali ha raggiunto gli obiettivi previsti in fase di avvio con la successiva stabilizzazione, mentre più limitati appaiono i casi di chiusura.

Valutando il periodo di attivazione della sperimentazione in essere al 31.12.2020 si evidenzia come successivamente al 2012 non vi siano stati nuovi avvii⁸. Ciò mostra come Regione Lombardia, stia portando a conclusione le sperimentazioni già avviate nel territorio senza procedere ad utilizzare questo strumento.

La tabella successiva riporta le sperimentazioni gestionali della Regione Lombardia attive al 31.12.2020 con i relativi obiettivi da perseguire.

ELENCO SPERIMENTAZIONI GESTIONALI REGIONE LOMBARDIA IN CORSO AL 31.12.2020			
N	Denominazione	Tipologia	Obiettivi sintetici della SG
1	RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE F.LLI MONTECCHI DI SUZZARA	SG contrattuale	Recupero strutturale dell'ospedale e relativa gestione.
2	RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	SG contrattuale	(1) Garantire il recupero strutturale dell'intero ospedale. (2) Riconfigurare l'ospedale privilegiando la vocazione di riabilitazione.
3	RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE SAN PELLEGRINO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	SG contrattuale	Riqualificazione e ristrutturazione dell'ospedale attraverso la costituzione di una Fondazione di partecipazione e implementazione delle attività chirurgiche, in particolare in area ortopedica
4	FONDAZIONE MONZA E BRIANZA PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA	SG istituzionalizzata non societaria Fondazione di partecipazione	(1) Realizzare una nuova struttura dedicata all'area materno-infantile. (2) Promuovere un approccio integrato e interdisciplinare al percorso assistenziale-sanitario per il bambino e la sua famiglia. (3) Sviluppare e potenziare l'eccellenza, ricercando elevati livelli di assistenza, ricerca clinica avanzata ed attività didattica.

⁸ Alla data del 31.12.2020 solo una sperimentazione è stata approvata successivamente con DGR n.XI/1240/2019, ma non attivata a tale data.

5	PROGETTO VITA NOVA - GESTIONE DI STRUTTURE RESIDENZIALI DI PSICHIATRIA E DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	SG associativa	(1) migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, ristrutturazione e riqualificazione delle strutture, aumentare l'efficienza produttiva, incrementare i volumi di prestazioni erogate a parità di risorse e modificare il case-mix di prestazioni. Collaborazione con il DSM di Como.
6	RICONVERSIONE DEL P.O. DI PALAZZOLO SULL'OGLIO	SG contrattuale	(1) Incrementare l'appropriatezza della produzione sanitaria. (2) Diagnosticare gli stati di demenza, proporre terapie dei disturbi amnestici e comportamentali e promuovere la riabilitazione neuro psicogena dei pazienti ultrasessantacinquenni. (3) Riconversione e ristrutturazione edilizia ed impiantistica del presidio ospedaliero.
7	RICONVERSIONE DEL P.O. DI ROVATO	SG contrattuale	(1) Riconversione funzionale del Presidio Ospedaliero di Rovato «Ettore Spalenza» in Presidio di Riabilitazione Polivalente. (2) Costituzione di Unità Operative di recupero e rieducazione funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio, neurologico e neuromotorio.
8	NUOVO POLO SANITARIO ROBBIANI DI SORESINA	SG contrattuale	1. Costruzione del Nuovo polo sanitario di Soresina 2. Riqualificazione dei percorsi clinico assistenziali di bassa intensità di cura post-acuzie del Presidio Ospedaliero

Successivamente al 31.12.2020 sono intervenute delle evoluzioni riguardo a due delle sperimentazioni sopra elencate, di cui si riportano sinteticamente gli esiti, e che saranno oggetto, nel prosieguo, di uno specifico focus.

Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara. Con DGR n.XI/7242 del 28.10.2022 sono state assunte le determinazioni in merito alla conclusione della fase sperimentale del progetto approvato con DGR VII/12748 del 16.04.2003, proposto dall'AO di Mantova, autorizzando la stabilizzazione del modello. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle prestazioni da parte del Soggetto gestore, nelle more della predisposizione degli atti necessari alla stabilizzazione, si è deliberato di dare prosecuzione al modello sperimentato fino al termine massimo del 30.06.2023.

Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma (di seguito FMBBM). Con DGR n.XI/5657 del 30.11.2021 la Giunta Regionale ha approvato le determinazioni in merito alla conclusione del progetto approvato con D.G.R. n.VII/20887/2005 proposto dall'A.O San Gerardo di Monza, e sulla base degli esiti positivi della sperimentazione, ne ha previsto l'evoluzione attraverso il processo di trasformazione in IRCCS di diritto pubblico (già avviato) dando mandato al DG dell'ASST Monza di porre in essere tutti gli adempimenti relativi alla trasformazione della medesima azienda in Fondazione IRCCS di diritto pubblico.

L'iter autorizzativo si è concluso con decreto del Ministero della Salute del 12.10.2022 n.22A06197, pubblicato in GU n.258 del 04.11.22, che ha riconosciuto il carattere scientifico dell'ASST di Monza, relativamente all'Ospedale San Gerardo dei Tintori, ente dotato di

personalità giuridica di diritto pubblico, nella disciplina "pediatrica". Ha disposto, pertanto, la trasformazione della stessa in "Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori".

4. Attività istruttoria svolta e risultanze

Nel corso del 2021 il gruppo di lavoro ha analizzato la copiosa documentazione ricevuta dalla DG Welfare relativa: al quadro normativo di riferimento; agli indirizzi/linee guida emanate riguardo all'attivazione delle collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati; all'attività di monitoraggio svolta dai Comitati (di Sorveglianza e di Indirizzo e Coordinamento) nel triennio 2017-2020, sulle sperimentazioni gestionali in corso. È stato effettuato, inoltre, uno specifico focus su due sperimentazioni per le quali, alla data di esame dei documenti, risultava approssimarsi la data di conclusione della sperimentazione, analizzando le attività di verifica svolte dai Comitati. Tali sperimentazioni sono: "Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara" e la "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma".

Oltre all'analisi documentale, sono state svolte dal gruppo di lavoro due distinte audizioni con il Direttore Affari Generali della DG Welfare e con il Direttore Generale dell'ASST Monza al fine di ricevere aggiornamenti sull'attività dei Comitati, sulle attività propedeutiche per la conclusione delle due sperimentazioni prese in esame, nonché per condividere considerazioni e risultanze relative all'analisi condotte.

Come già riportato, il controllo delle sperimentazioni è attuato secondo due direttrici: uno a livello regionale, mediante il "Comitato di Sorveglianza" quale organismo di supporto tecnico alla DG Welfare; l'altro, a livello locale, con il Comitato di Indirizzo e Coordinamento, istituito per ciascuna sperimentazione da parte dell'Azienda promotrice.

Dall'esame dei verbali, sia del Comitato di Sorveglianza Regionale che dei Comitati di Indirizzo e Coordinamento, relativi al triennio 2017-2020, il gruppo di lavoro ha riscontrato carenze/punti di miglioramento nella sistematicità dell'attività dei comitati, nonché nei contenuti dell'attività svolta, laddove raffrontate con il dettagliato ambito di funzioni/competenze definite dalle Linee Guida Regionali.

Si riportano, di seguito, maggiori dettagli delle analisi effettuate riguardo all'attività di monitoraggio svolta dai Comitati.

4.1. Comitato di Sorveglianza Regionale

Dall'analisi dei verbali 2017-2020 del Comitato di Sorveglianza emerge che l'attività, di norma, si è focalizzata principalmente su singole questioni, legate a sperimentazioni che necessitavano di approfondimento, anche al fine di poter esprimere i pareri di competenza (ad es. per rimodulazioni o conclusioni di sperimentazioni). Non si è riscontrata, invece, un'attività sistematica di valutazione periodica dei risultati di tutte le sperimentazioni in corso.

Riguardo, inoltre, alle annualità 2021 e 2022, come riferito dalla stessa DGW, sia per motivazioni legate all'emergenza sanitaria che a modifiche organizzative sopravvenute, la numerosità delle riunioni del Comitato di Sorveglianza Regionale risulta limitato e gli incontri

hanno avuto ad oggetto perlopiù tematiche riguardanti le due sperimentazioni in via di conclusione.

Dall'esame documentale, inoltre, non si è avuta evidenza della predisposizione, da parte del Comitato di Sorveglianza, di una relazione annuale, riepilogativa dei risultati raggiunti per singola sperimentazione indirizzata alla Direzione Generale Welfare.

Le linee guida, in tal senso, annoverano tra le funzioni del Comitato di Sorveglianza quelle di *“valutare periodicamente i risultati delle sperimentazioni in atto presentati dalle aziende sperimentatrici, attraverso un sistema informativo specifico”* e di *“presentare una relazione annuale alla Direzione Generale Sanità sui risultati conseguiti dalle sperimentazioni gestionali, sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi, dalla quale emergano in particolare eventuali miglioramenti dei servizi a livello locale; l'interesse per l'Azienda Sanitaria, in termini di efficienza, qualità ed economicità dei servizi resi”*.

Dalla lettura del testo regolamentare appare, pertanto, in capo al Comitato di Sorveglianza il compito di redigere un documento unitario che espliciti i risultati delle valutazioni effettuate dallo stesso sulle singole sperimentazioni, evidenziando in essa gli elementi indicati nelle Linee guida, e che si aggiunga ai documenti già presentati dalle aziende sperimentatrici.

ORAC sottolinea l'importanza di rendere sistematica l'attività di valutazione e monitoraggio condotta dal Comitato di Sorveglianza, in coerenza con i dettami previsti dalla DGR IX/4935/2013, e di compendiarne, poi, in una relazione annuale - da trasmettere alla Direzione Welfare - gli esiti di tali attività, esplicitando gli elementi richiamati dalle Linee Guida.

La Direzione Welfare, nel corso dell'audizione, ha sottolineato come gran parte delle sperimentazioni attivate siano annoverabili alla tipologia di *“costruzione e gestione”* che, rispetto ad un progetto più propriamente gestionale e innovativo, rende più complessa la definizione di articolati obiettivi di breve termine e di verifica puntuale dell'andamento dei risultati, su singoli periodi, anche in termini di indicatori.

Dall'esame della tipologia di sperimentazioni in corso, oltre ad emergere, la caratteristica di *“concessione e gestione”*, non ci si può non soffermare sulla durata delle stesse. Trattasi di sperimentazioni datate nel tempo, con durata ultradecennale (es. 15, 18, 25 anni), antecedenti alla stessa legge regionale che ha introdotto nel T.U.LL.S.S. Regionale l'art.19. Come visto, tale articolo definisce la durata della sperimentazione *“massima quinquennale”* e che può essere *“prorogata una sola volta”*.

Considerato, inoltre, che ad eccezione di una sperimentazione approvata nel 2019, non vi sono state nuove sperimentazioni successive al 2012 appare evidente come l'istituto della sperimentazione, quale forma di collaborazione pubblico-privato, debba essere rivisto e rilanciato in una mutata configurazione - al fine di cogliere appieno gli aspetti positivi/innovativi derivanti dallo sviluppo di modelli organizzativi e strumenti gestionali innovativi - ed effettuando, altresì, una riflessione sull'attuale ruolo, definito dalla normativa regionale, del soggetto pubblico all'interno della sperimentazione⁹.

⁹ Con DGR VII/7854/2008 è stato specificato che *“In tutte le iniziative di collaborazione che saranno attivate, il rischio economico dovrà ricadere unicamente sul soggetto privato che gestisce le attività, liberando l'azienda*

Nel corso dell'audizione, la Direzione Welfare ha riferito come l'istituto delle sperimentazioni gestionali sia oggetto di esame da parte della Direzione, anche nell'ambito della nuova programmazione, specificando come nelle *"Linee di progetto per l'attuazione di case e ospedali di Comunità nella città di Milano"*, approvate con DGR n.5195 del 06.09.21, sia stata prevista, tra le opportunità possibili per attivare forme di collaborazione pubblico-privato, anche quella delle sperimentazioni gestionali.

È stato riferito, inoltre, da parte del Dirigente dell'UO Affari Generali che, anche in virtù della nuova attribuzione alla sua unità organizzativa, quale *"il coordinamento dell'attività relativa alla sperimentazione di modelli gestionali derivanti dall'attuazione di partnership tra soggetti pubblici e soggetti privati"* è in corso una ridefinizione delle impostazioni dei lavori del Comitato¹⁰.

ORAC, in considerazione delle rilevanti funzioni di valutazione e controllo attribuite al Comitato Regionale di Sorveglianza dalle Linee Guida e della recente attribuzione del coordinamento delle attività relative alle sperimentazioni gestionali all'UO Affari Generali della Direzione Welfare, raccomanda che sia garantito, da parte della DGW, il ruolo propulsivo e di supporto alle attività del Comitato di Sorveglianza Regionale presidiando che vengano svolte in modo sistematico e in linea con quanto definito dalle norme regolamentari. E' necessario, altresì, al fine di poter mettere il Comitato di Sorveglianza Regionale nelle condizioni di poter svolgere l'attività di monitoraggio, che sia presidiato il ricevimento dei flussi informativi da parte dei Comitati Locali e dalle Aziende sanitarie, verificando, inoltre, in collaborazione con l'Azienda Sperimentatrice, la continuità di azione dei Comitati di Indirizzo e Coordinamento delle sperimentazioni.

4.2. Comitati di Indirizzo e Coordinamento

Riguardo ai **Comitati di Indirizzo e Coordinamento**, l'Organismo rileva delle criticità in merito, in quanto non si è avuto pieno riscontro documentale del regolare funzionamento dei Comitati, a livello locale, per le singole sperimentazioni. Per il periodo 2017-2020, infatti, non sono stati forniti i verbali di tali Comitati per tutte le sperimentazioni in corso e/o, laddove acquisiti, non sono riferiti all'intero triennio oggetto di esame, per cui non è possibile avere

sanitaria pubblica da ogni responsabilità economica in merito a quest'ultime. Da ciò deriva che, nella sperimentazione, la gestione delle attività dovrà essere di competenza esclusivamente del soggetto privato, che diventa unico responsabile dei risultati economici. Il soggetto pubblico manterrà la fondamentale funzione di indirizzo, verifica e controllo delle attività ma non avrà alcuna responsabilità sui risultati economici". Su tale modifica delle linee guida del 2008, relativa al ruolo del soggetto pubblico all'interno della sperimentazione, si era espresso nel 2010 il Comitato dei controlli che nella propria relazione evidenziava che tale scelta andava *"ripensata e meglio ponderata, in quanto affidare al privato in esclusiva la gestione di servizi pubblici assistenziali non fa maturare nel pubblico esperienze manageriali dirette e la sperimentazione finisce per sostanziare più un'esternalizzazione (tradizionale) che una collaborazione strutturata, oggetto specifico delle sperimentazioni gestionali"*.

¹⁰ Con DGR 4865/2021, infatti, sono intervenute delle modifiche organizzative nella composizione del Comitato di Sorveglianza sostituendo la precedente figura del Consigliere Giuridico della DG Welfare con il Dirigente dell'UO Affari Generali della medesima Direzione e attribuendo a tale funzione il *"coordinamento dell'attività relativa alla sperimentazione di modelli gestionali derivanti dall'attuazione di partnership tra soggetti pubblici e soggetti privati"*.

evidenza della sistematicità delle attività di verifica condotta per tutte le sperimentazioni da parte dei Comitati locali.

Dalla analisi documentale risulta, inoltre, la non tempestiva ricostituzione dei Comitati a livello locale per gran parte delle sperimentazioni, anche a seguito della intervenuta Riforma Sanitaria Regionale di cui alla L.R. n.23/2015 che ha disciolto le precedenti Aziende Ospedaliere e ASL Regionali e creato la necessità di individuazione dei nuovi rappresentanti dei Comitati per i progetti di collaborazione pubblico-privato¹¹. La sollecitazione di procedere con tempestività alla riattivazione dei Comitati locali è rinvenibile anche dai verbali dello stesso Comitato di Sorveglianza Regionale. Nella seduta del 12.02.2018, infatti, il Comitato Regionale *"rilevava la necessità di riattivare i Comitati di indirizzo e Coordinamento Locali di ciascuna sperimentazione. A tal fine rammentava la necessità di individuare il componente di nomina Regionale e sollecitare le Aziende sperimentatrici alla istituzione dei Comitati"*.

A tale raccomandazione del Comitato Regionale la DGW ha poi dato seguito dando comunicazione, nell'ottobre 2018, alle Aziende Promotrici del nominativo del rappresentante regionale con invito alla stessa di attivarsi per l'istituzione dei comitati ai sensi della Delibera n.4935/2013. I Comitati locali sono stati ricostituiti dopo l'individuazione degli altri componenti da parte dell'Azienda sperimentatrice e dell'ATS di riferimento, con tempistiche non sempre brevi.

È evidente, pertanto, come i ritardi nella ricostituzione dei Comitati abbiano comportato, per le sperimentazioni interessate, oltre al venir meno del monitoraggio locale, nelle forme definite dalle linee guida, anche della possibilità per il Comitato di Sorveglianza Regionale di acquisire informazioni specifiche riguardo all'attività di valutazione svolta dai Comitati locali e di avere elementi utili per poter svolgere le proprie analisi.

Per quanto sopra rappresentato, pertanto, come già sottolineato, non è stato possibile, per tutte le sperimentazioni, avere contezza della sistematicità delle attività di verifica svolte dai Comitati di Indirizzo e Coordinamento nel periodo preso in esame, né della tipologia di vigilanza e controllo svolti dagli stessi¹².

ORAC, in considerazione di quanto emerso, ritiene che la Direzione Welfare debba supervisionare il regolare svolgimento dell'attività dei Comitati di indirizzo e coordinamento, in collaborazione con le Aziende Sperimentatrici, prevedendo che quest'ultime segnalino alla Direzione situazioni riscontrate non in linea con le attribuzioni dei Comitati, di cui DGR n.4935/2013.

4.3 Approfondimento attività di monitoraggio su due sperimentazioni gestionali

Il gruppo di lavoro ha svolto un approfondimento sul monitoraggio del Comitato di Sorveglianza e sugli atti assunti dalla Giunta Regionale, in merito a due sperimentazioni

¹¹ A ciò va aggiunto che il Comitato di indirizzo e Coordinamento, nell'attuale configurazione, sia stato istituito con D.G.R. IX/4935/2013, in sostituzione del precedente Comitato di Sorveglianza locale ex DGR n.7854/2008, con necessità, anche in tal caso, di dover designare i nuovi componenti.

¹² Risultano ad ogni modo acquisite dalla DGW, per ciascuna sperimentazione, le relazioni periodiche riferite ai risultati gestionali-economico-finanziari prodotte dal soggetto gestore e/o dalle Aziende Sanitarie promotrici.

gestionali per le quali, al momento dello svolgimento delle analisi, erano in corso valutazioni riguardo alla conclusione di tali sperimentazioni:

- a) *"Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara"*;
- b) *"Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma"*.

4.3.1 Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara

Con DGR N.XII/12748 del 16.04.2003 Regione Lombardia ha approvato il progetto di sperimentazione gestionale dell'Ospedale di Suzzara finalizzato a realizzare, mediante lo strumento della Fondazione di partecipazione, la riqualificazione strutturale e funzionale dell'Ospedale di Suzzara. È stata costituita, pertanto, con atto del 31.10.2003 la "Fondazione Presidio Ospedaliero F.lli Montecchi" di Suzzara, iscritta al n.1604 del Registro Regionale delle persone giuridiche private e, con Deliberazione n.591/2004 dell'A.O. di Mantova, approvato il trasferimento del godimento e della gestione dell'Ospedale di Suzzara alla Fondazione.

A seguito di una procedura ad evidenza pubblica, la Fondazione ha poi affidato, con un contratto di concessione, ad un soggetto gestore (la società Ospedale di Suzzara S.p.A.), l'esecuzione dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento strutturale ai requisiti di accreditamento dell'Ospedale Montecchi e la gestione delle attività di gestione delle attività ospedaliere. La durata della concessione è stata definita in anni 18, con decorrenza 01.11.2004 e scadenza 31.10.2022. La "Fondazione Presidio Ospedaliero Montecchi" ha mantenuto le funzioni di controllo sull'attività dell'Ospedale.

Dall'esame dei verbali del Comitato di Sorveglianza risultano gli approfondimenti effettuati riguardo alla richiesta di rimodulazione della sperimentazione da parte del soggetto gestore, al fine del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della sperimentazione, in conseguenza degli investimenti posti a carico del concessionario, per adeguamenti strutturali alla normativa antisismica, derivanti dagli eventi sismici del 2012, considerandoli "imprevisti e imprevedibili" al momento di definizione del piano economico-finanziario.

L'attività di verifica della richiesta di rimodulazione, come risulta dalla documentazione acquisita, è stata effettuata dal Comitato di Indirizzo e Coordinamento, dal Comitato di Sorveglianza Regionale, a cui sono seguiti, da parte della U.O. Risorse Strutturali e Tecnologie della DGW, richieste di approfondimento e di supplementi di indagini tecnico-conoscitive.

L'Organismo, nel corso dell'audizione con la DGW, ha acquisito informazioni aggiornate in merito alle analisi svolte dalla stessa Direzione sulla rimodulazione della sperimentazione. La richiesta di rimodulazione è stata poi ritenuta non praticabile nel 2021, avviando l'iter per la conclusione.

La Giunta Regionale, pertanto, considerata la scadenza della sperimentazione, con DGR n. XI/7242 del 28.10.22 ha assunto le determinazioni in merito alla conclusione della fase sperimentale, autorizzando la stabilizzazione del modello¹³, e dando mandato all'ASST di Mantova di porre in essere gli atti necessari per regolamentare i rapporti con il Soggetto

¹³ Il Comitato di Sorveglianza Regionale ha espresso parere positivo alla messa a regime della sperimentazione in data 25.10.2022.

gestore e all'ATS Val Padana di procedere con la definizione dei nuovi rapporti giuridici ed economici con il soggetto gestore. Nelle more della predisposizione degli atti necessari alla stabilizzazione, è stato deliberato di dare prosecuzione al modello sperimentato fino al termine massimo del 30.06.2023 al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle prestazioni da parte del Soggetto gestore.

La stessa delibera specifica che nel regolamentare i rapporti con il soggetto gestore *“dovranno necessariamente essere attualizzati ed adeguati al nuovo contesto di riferimento, nonché tener conto dei finanziamenti pubblici erogati”*¹⁴.

ORAC, nel corso del 2023, in un'ottica di continuità con il presente lavoro, effettuerà un approfondimento sulla messa a regime della sperimentazione e sugli atti predisposti per la regolamentazione dei rapporti con il soggetto gestore al fine di avere contezza della modalità di definizione dei rapporti giuridici in essere e se si sia tenuto conto del nuovo contesto di riferimento e dei finanziamenti pubblici erogati; elementi, questi, evidenziati dalla stessa DGR XI/7242.

4.3.2 Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma

Con DGR n. VII/20887 del 16.02.2005 Regione Lombardia ha autorizzato l'azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza ad attivare il progetto di sperimentazione gestionale pubblico-privato, attraverso lo strumento della Fondazione di Partecipazione, avente ad oggetto la Pediatria, la Neonatologia e l'Ostetricia e la creazione di un Centro dedicato alla salute del bambino e della sua mamma caratterizzato dalla duplice missione: fornire l'eccellenza nella cura e nell'assistenza; promuovere la ricerca clinica, epidemiologica e di base secondo una visione in cui assistenza e ricerca siano elementi di approccio integrato.

Figurano tra i fondatori promotori della Fondazione: il “Comitato Maria Letizia Verga per lo studio e la cura della leucemia del bambino ONLUS”; la “Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti De Marchi” e l'Azienda Ospedaliera “Ospedale S. Gerardo dei Tintori di Monza”. La sperimentazione, autorizzata nel 2005, ha di fatto preso avvio in data 07 luglio 2008, a seguito del decreto della DG Welfare che ha autorizzato la Fondazione a subentrare nelle autorizzazioni e nell'accreditamento rilasciati all'AO San Gerardo per le specialità oggetto di sperimentazione.

Dall'esame degli atti originari non si è avuto riscontro della durata della sperimentazione. In merito, gli stessi atti deliberativi successivi hanno esplicitato che tale sperimentazione *“risultava carente di espressa previsione di durata”*.

Dai verbali acquisiti risulta una elevata attenzione del Comitato di Sorveglianza riguardo all'andamento economico-finanziario della Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la

¹⁴ Va specificato che riguardo agli investimenti strutturali, per i quali era stata richiesta la rimodulazione, la Giunta Regionale con DGR n. 4928 del 21/06/2021 recante “Programma Regionale Straordinario Investimenti in Sanità – Determinazioni conseguenti alla Deliberazione di Giunta Regionale n. XI/4386/2021 e stanziamento contributi” ha approvato e stanziato un importo pari a 3,1 milioni di Euro per opere urgenti riferiti all'adeguamento sismico del P.O. Suzzara.

sua mamma. Nello specifico, i verbali dal 2016-2020 del Comitato riportano la sintesi delle analisi relative al piano economico-finanziario della sperimentazione, finalizzate alla verifica della rimodulazione di 5 anni, nonché le verifiche successive volte a monitorare l'andamento del piano di rientro dalla situazione debitoria della Fondazione nei confronti dell'ASST di Monza. La rimodulazione della sperimentazione FMBBM, ottenuta con DGR n.X/6431 del 03.04.2017, è stata adottata a valle di una lunga e complessa istruttoria da parte della DG Welfare, dell'ATS Brianza, del Comitato di Sorveglianza Regionale ben riepilogata nei verbali delle riunioni.

Come risulta dagli atti esaminati, nel tempo, tale sperimentazione, ha evidenziato una sofferenza economico-finanziaria della Fondazione MBBM e una esposizione debitoria nei confronti dell'Azienda ASST Monza che ha richiesto, anche su sollecitazione del Collegio sindacale dell'Azienda, una stretta osservazione e valutazione della sperimentazione da parte di Regione e dell'ATS competente al fine di verificare la sussistenza delle condizioni per la prosecuzione della gestione del modello organizzativo sperimentato - con una eventuale rimodulazione della stessa - o avviare la procedura per la dichiarazione di chiusura con la liquidazione dell'Ente, con conseguente reinternalizzazione dei servizi in capo all'ASST.

La rimodulazione autorizzata con DGR n.X/6431/2017 è stata concepita quale "modulo variabile", soggetta a verifiche e a revisioni periodiche sulla base del costante monitoraggio da parte dell'ATS Brianza e del Comitato di Sorveglianza Regionale di una serie di indicatori clinico-organizzativi e di condizioni in merito al Piano di rientro, ivi descritte. Il monitoraggio nei periodi successivi del piano di rientro, da parte del Comitato di Sorveglianza Regionale, risulta ben esplicitato nei verbali acquisiti.

La Giunta Regionale, con DGR n.XI/5657 del 30.11.2021, ha poi approvato le determinazioni in merito alla conclusione della sperimentazione gestionale in esame, condividendo le conclusioni della ASST Monza in merito agli esiti della sperimentazione gestionale "Fondazione MBBM" e prevedendone la sua evoluzione, attraverso il processo di trasformazione in IRCCS di diritto pubblico. Ciò ha richiesto lo svolgimento di un complesso iter da parte dell'ASST di Monza finalizzato all'ottenimento del riconoscimento da parte del Ministero.

Tale iter autorizzativo si è concluso con l'emanazione, da parte del Ministero della Salute, del decreto n.22A06197 del 12.10.2022 che ha riconosciuto il carattere scientifico dell'ASST di Monza, relativamente all'Ospedale San Gerardo dei Tintori, ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, nella disciplina "pediatrica". Ha disposto, pertanto, la trasformazione della stessa in "Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori".

Tenuto conto delle criticità di natura economico-finanziaria rinvenibili dai verbali del Comitato di Sorveglianza per la sperimentazione gestionale FMBBM, e degli atti da porre in essere per regolare i rapporti conseguentemente all'evoluzione della stessa in IRCCS, il gruppo di lavoro, ha acquisito, nel corso di una specifica audizione con il Direttore Generale dell'ASST di Monza, aggiornamenti in merito alle partite creditorie/debitorie in essere con la Fondazione, nonché informazioni relative alla regolazione dei rapporti giuridici e patrimoniali in vista del progetto di trasformazione che vede anche la partecipazione, quali soci portatori di interessi originari, della FMMB e della Fondazione Tettamanti.

In particolare, il gruppo di lavoro, nel corso dell'incontro con il DG dell'ASST Monza, ha posto, tra gli altri, l'attenzione su alcune questioni che dovranno essere disciplinate, quali: a) il patrimonio dell'IRCCS (es. Immobile realizzato dalla Fondazione, per le quali si dovrà tener conto di quanto definito negli atti originari della sperimentazione); b) l'attività di ricerca (da svolgersi in maniera non concorrente da parte dei soci/portatori di interessi originari dell'IRCCS); c) la gestione delle risorse professionali della FMMB. Lo stesso Comitato di Sorveglianza nel parere sulla relazione conclusiva della sperimentazione richiama la necessità *“una volta avviata la Fondazione IRCCS di definire un percorso di accordi laterali per quanto riguarda i rapporti giuridici pregressi di natura patrimoniale”*.

Riguardo alla situazione debitoria, seppur sia stato specificato, in sede di audizione, che la Fondazione ha ottemperato agli impegni relativi alle rate definite nel Piano di rientro (ad eccezione dell'ultima rata), non si può non rilevare che, dalla situazione aggiornata al 05.04.22, tale esposizione della Fondazione nei confronti dell'ASST, risulti rilevante e che richiede, pertanto, un'attenta valutazione da parte dell'Azienda sanitaria creditrice.

Con DGR n.XI/5727 del 15.12.2021 sono state assunte le determinazioni in ordine alla costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ai sensi del decreto legislativo n.288/2003. Con tale deliberazione, oltre all'approvazione della bozza dello statuto della Fondazione IRCCS, è stato approvato l'accordo sottoscritto tra l'ASST di Monza, la Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti de Marchi, e la Fondazione Monza per il Bambino e la sua Mamma Onlus, assumendo formale impegno - secondo le condizioni definite nell'accordo allegato alla DGR - per conferire alla costituenda Fondazione IRCCS, senza soluzione di continuità, funzioni, beni e risorse per il perseguimento delle finalità istituzionali.

Importante sarà, pertanto, verificare nel concreto come sono stati regolati i rapporti giuridici a far data dall'atto della costituzione della Fondazione IRCCS, nonché gli aspetti economico-finanziari per posizioni sorte antecedente a tale data.

Orac, nel corso del 2023, effettuerà una verifica degli sviluppi riferiti all'evoluzione in IRCCS della sperimentazione acquisendo gli aggiornamenti sia in merito alla definizione dei rapporti giuridici patrimoniali tra la Fondazione e l'IRCCS, che agli aspetti economici-finanziari legati alla situazione debitoria antecedente alla costituzione dell'IRCCS, valutando i provvedimenti adottati e se vi siano criticità in merito.

5. Considerazioni finali

L'istituto delle sperimentazioni gestionali, come visto, rappresenta una formula organizzativa importante per l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL, mediante forme di collaborazione tra soggetto pubblico e privato.

La sinergia tra le strutture sanitarie pubbliche e i privati danno origine a modelli di gestione che sono idonei a perseguire gli obiettivi prefissati inizialmente, ma in alcune circostanze, come quelle esaminate, emergono delle criticità in relazione al rapporto intercorrente tra gli enti del sistema sanitario e i soggetti che collaborano alle sperimentazioni, dovute allo scarso

flusso di carattere informativo ed il corretto funzionamento da parte dei Comitati che va a rallentare l'attività e il coordinamento nella realizzazione delle sperimentazioni.

Dalle analisi condotte, infatti, sono emerse una serie di mancanze e criticità nell'attività dei Comitati – di Sorveglianza Regionale e di Indirizzo e Coordinamento Locale - se raffrontate con il dettagliato ambito di competenze definite dalle Linee guida Regionali. Nella maggioranza dei casi non si è avuto riscontro riguardo dell'attività condotta da parte dei Comitati locali che sono gli organi deputati a fornire indicazioni per l'implementazione di un sistema di monitoraggio delle sperimentazioni gestionali. Lo scarso flusso informativo dei Comitati locali e/o il mancato funzionamento di quest'ultimi sono andati a rallentare l'attività e il coordinamento comunicativo in tema di sperimentazioni gestionali, con evidenti ricadute anche sulle attività del Comitato Regionale.

L'attività del Comitato di Sorveglianza Regionale, inoltre, come risulta dai resoconti delle riunioni, è apparsa focalizzata su specifiche sperimentazioni interessate da rimodulazioni e/o conclusioni, su cui il Comitato è tenuto ad esprimere parere, piuttosto che su un'attività sistematica di monitoraggio/valutazione dei risultati di ciascuna volta a far emergere i miglioramenti qualitativi, il know-how apportato, l'interesse dell'Azienda Sanitaria in termini di efficacia/qualità ed economicità dei servizi resi.

Dai verbali non emerge, altresì, la funzione propulsiva del Comitato di Sorveglianza Regionale nell'ambito delle sperimentazioni, laddove le linee guida annoverano tra le sue funzioni quella di *“proporre alla DG Welfare le aree di interesse per nuove sperimentazioni”*.

Pertanto, sebbene le linee guida ben definiscano gli ambiti e le competenze di ciascun Comitato, sia locale che regionale, tale sistema di monitoraggio, nel concreto, non è risultato pienamente implementato e/o strutturato.

Come si è potuto osservare dalla normativa l'Istituto delle sperimentazioni gestionali non è una semplice “species” del più ampio genere del Partenariato Pubblico Privato (PPP), ma ha caratteristiche ontologiche e finalità differenti rispetto, ad esempio, alle concessioni o ad altre forme di collaborazione con partner privati, in quanto mira ad efficientare il sistema generale attraverso test gestionali innovativi, i quali si sostanziano in cooperazioni strutturate con le imprese private.

Come visto, l'istituto ha risentito di un rapido sviluppo in Lombardia sino al 2012; negli anni successivi, invece, lo stesso si è andato ad esaurire e le varie sperimentazioni attivate, non poche volte, si sono sostanziate, in modelli di collaborazione tradizionali, simili alle ordinarie concessioni di costruzione e gestione. Ciò evidentemente risponde alla necessità di affidare ad un soggetto privato gli investimenti non reperibili o difficilmente reperibili. Diverso è il caso di FMBBM che trova la sua ragion d'essere nella capacità di finanziare servizi sanitari delicati, col supporto del mercato sociale non lucrativo.

Fin dal 2010, nella già menzionata relazione, il Comitato dei Controlli, aveva sottolineato:

- Il carattere episodico delle sperimentazioni, spesso dirette a risolvere problemi gestionali in atto più che a testare nuovi e innovativi modelli gestionali da realizzare in partnership pubblico-privato;

- la perifericità delle sperimentazioni, legate perlopiù a dinamiche locali e aziendali, senza una strategia regionale che valorizzi tale strumento per promuovere test innovativi su tematiche generali;
- la delega al partner privato dell'intero processo gestionale, senza un attivo contributo aziendale o pubblico;

Tali considerazioni, alla luce di quanto espresso nella presente relazione, risultano ancora attuali.

Nel rimandare ai paragrafi precedenti per maggiori dettagli sull'attività svolta e le risultanze emerse, si riepilogano di seguito le principali raccomandazioni espresse con riferimento alle sperimentazioni gestionali e al loro monitoraggio:

- sistematizzazione della normativa regolamentare sulle sperimentazioni gestionali in un documento unitario, quale occasione per una revisione/aggiornamento della disciplina, anche al fine di tener conto di modifiche normative e di contesto intervenute, dell'esperienza maturata in materia di sperimentazioni gestionali, nonché degli elementi emersi dalla presente relazione;
- garantire, da parte della DG Welfare, un ruolo propulsivo e di supporto alle attività di verifica del Comitato di Sorveglianza Regionale, presidiando che vengano svolte con regolarità e in linea con quanto definito dalle norme regolamentari;
- supervisione, da parte della DG Welfare, del regolare svolgimento dell'attività dei Comitati di indirizzo e coordinamento, in collaborazione con le Aziende Sperimentatrici, prevedendo che quest'ultime segnalino tempestivamente alla Direzione situazioni non in linea con le funzioni attribuite a tali Comitati dalla DGR n.4935/2013.

Relativamente alle sperimentazioni gestionali "Ristrutturazione e Gestione Ospedale F.lli Montecchi di Suzzara" e "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua mamma", come evidenziato nel precedente paragrafo, in continuità con il presente lavoro, verrà previsto nel Piano ORAC 2023 un approfondimento relativamente alla messa a regime della sperimentazione di "Suzzara", nonché alla evoluzione della sperimentazione "Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma" – con il riconoscimento della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – al fine di analizzare gli atti predisposti per regolamentare i rapporti giuridici, ed economico-finanziari in essere tra soggetto gestore e azienda sperimentatrice.

ALLEGATO B

DELIBERAZIONE N. 19 seduta del 20 dicembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prosperì	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione del documento "Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2022" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 4 del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

UDITO il componente del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, ha presentato il documento *“Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2022”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 4 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 *“Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo”* e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento *“Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2022”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 4 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



OB. 4 PdA Orac 2021/2022 – Pianificazione delle attività relativamente all'incidenza dei rischi sistemici - art. 3 comma 1 lett. b), l.r. 13/2018.

***Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale
nella prevenzione dei rischi da reato***

Anno 2022

Sommario: **1.** Premessa e obiettivo del Piano delle Attività; **2.** Note in merito all'applicazione del D. Lgs. 231/2001 da parte degli Enti SiReg esaminati; **3.** Note in merito all'applicazione della L. 190/2021 da parte degli Enti SiReg esaminati; **4.** Le Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale; **5.** Conclusioni e raccomandazioni.

1. Premessa e obiettivo del Piano delle Attività.

Tra le funzioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (O.R.A.C.), l'art.3, comma 1 lett. b) della legge regionale 28 settembre 2018, n. 13, ricomprende l'attività del *“valutare, sulla base dell'individuazione e valutazione dei rischi di corruzione effettuati nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e sulla base del monitoraggio degli ulteriori rischi effettuato con l'ausilio dei responsabili della funzione di audit, l'incidenza dei rischi sistemici per il corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale, favorendo il necessario coordinamento tra le diverse attività di controllo e realizzando una più efficiente integrazione tra i sistemi di prevenzione della corruzione, di gestione dei rischi e di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale”*.

Con l'Obiettivo 4 del Piano delle Attività 2022, approvato con deliberazione n. 27 del 13 dicembre 2021, in continuità con il 2021 e 2020, il Gruppo di Lavoro dell'Organismo ha proseguito – muovendo dalla analisi dei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli Enti del SiReg analizzati – con la valutazione dell'incidenza dei rischi sistemici prima citati.

Nel 2021, infatti, era stato sviluppato un approfondimento di taluni profili critici emersi nel 2020 (*allora* obiettivo n. 5), con riguardo alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (A.L.E.R.) e alle Fondazioni (Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica; Fondazione Minoprio; Fondazione Lombardia Film Commission; Fondazione Lombardia per l'Ambiente). In particolare, è stato preso in esame il funzionamento del sistema dei controlli interni, con specifico riferimento all'operato dei Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza e degli Organismi di vigilanza (O.d.V.), ponendo particolare attenzione alle relazioni intercorrenti tra le funzioni che la legge n. 190/2012 assegna al RPCT e quelle che il D. Lgs. n. 231/2001 attribuisce all'O.d.V., rispetto a quegli enti del sistema SiReg i quali presentano la coesistenza di tali funzioni/uffici di prevenzione del rischio.

Ad esito di tale approfondimento, sono state formulate nel documento finale "*Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli enti del sistema regionale nella prevenzione dei rischi da reato - anno 2021*", approvato con deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022, una serie di raccomandazioni sia in tema di Organismi di vigilanza che in materia di anticorruzione e trasparenza.

A livello generale, si era rimarcata l'esigenza, per quel che concerne il tema degli Organismi di vigilanza, di creare uno staff, adeguatamente dotato di risorse umane e mezzi operativi, per monitorare sia l'effettiva applicazione delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli enti che si sono dotati di un modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.), sia l'attività degli O.d.V. interni, raccomandando l'introduzione di strumenti (in via legislativa o regolamentare) che consentano a R.L. di intervenire, anche in termini sanzionatori, nei confronti degli enti inadempienti (e, di conseguenza, sugli O.d.V. da questi ultimi nominati in caso di omessa o insufficiente vigilanza).

In relazione, invece, al tema dell'anticorruzione e della trasparenza, si è ritenuto opportuno promuovere iniziative volte a:

- assicurare la costante pubblicazione, sia dal punto di vista formale che sostanziale, dei dati e delle informazioni previste in materia di trasparenza;
- garantire un supporto adeguato di risorse umane al RPCT sia nella fase di programmazione che nella fase di monitoraggio delle misure di prevenzione;
- garantire un'applicazione costante e diffusa delle misure, in particolar modo (divieto di) *pantouflage* e *whistleblowing*;

- prevedere ed assicurare un adeguato e puntuale monitoraggio sia con riferimento alle misure generali che a quelle specifiche previste dal PTPCT.

Infine, erano stati mossi rilievi critici ed erano state segnalate alcune disfunzioni con riguardo alle specifiche realtà degli enti del SiReg analizzati: tali rilievi sono riportati all'interno del quadro sinottico allegato alla presente relazione (*allegato n. 1*).

Nel corso del 2022 si è dunque provveduto a vigilare sull'osservanza di tali raccomandazioni e, al contempo, è proseguita l'attività con il fine di sviluppare un ulteriore approfondimento sugli enti che hanno disvelato, nelle analisi precedenti (ob. 5 PdA 2020 e ob. 4 PdA 2021), maggiori criticità.

In particolare, con riferimento alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale, sono state sviluppate le verifiche inerenti: (i) ai contenuti e all'adozione della "parte speciale" dei modelli di organizzazione e gestione (ex D. Lgs. n. 231/2001); (ii) alla loro concreta applicazione; (iii) allo svolgimento dell'attività di controllo da parte degli Organismi di vigilanza. Ciò, raccordando i risultati delle analisi così sviluppate con le risultanze delle indagini circa il presidio e l'attuazione dei Piani Triennali Prevenzione Corruzione e Trasparenza delle medesime aziende.

Con riguardo a tali enti verrà effettuato un raccordo con l'obiettivo n. 10 del PdA 2022 (Pianificazione delle attività relativamente alla rete di audit interno), per i profili attinenti al coordinamento con le analisi svolte dal Gruppo di Lavoro di Orac, in relazione alle Aler.

In data 25 gennaio 2022 sono state trasmesse agli enti interessati le raccomandazioni Orac di cui alla Deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022. Il primo riscontro ottenuto è stato della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica. Si è dunque provveduto a richiedere alle Aler la documentazione relativa alla parte speciale del modello di organizzazione e gestione e alle relazioni annuali rassegnate dagli Organismi di vigilanza.

Ad esito della raccolta e della analisi della documentazione pervenuta, anche alla luce dell'integrazione della stessa con le relazioni dei Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza e con quanto pubblicato dagli enti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti istituzionali (i PTPCT relativi al periodo 2022-2024), per ciascun soggetto analizzato è stata elaborata una scheda di sintesi delle principali evidenze o delle significative criticità rinvenibili dalla documentazione esaminata, sulla base delle quali l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha fornito le

indicazioni, per l'intrapresa di azioni correttive, illustrate nel capitolo 6 della presente relazione.

A conclusione dell'esame di quanto pervenuto è stata prodotta, come di consueto, un'analisi sinottica congiunta O.d.V. – RPCT. Con riferimento a ciascuno degli enti esaminati, infatti, è stata elaborata una scheda di sintesi confluita nel **quadro sinottico generale (Allegato 1 alla presente relazione)** delle principali evidenze e criticità. Tale quadro sinottico è così strutturato:

- (i) **Anomalie** della attività dell'Organismo di vigilanza e **rilevi** formulati dal medesimo (prima colonna da sinistra);
- (ii) **disfunzioni** del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza e **criticità** segnalate dal medesimo (seconda colonna da sinistra);
- (iii) **recepimenti** degli Organi di gestione dei rilievi e **criticità** segnalate, rispettivamente, dagli O.d.V. e dagli RPCT (terza colonna da sinistra);
- (iv) **osservazioni di sintesi** sui profili problematici più rimarchevoli (quarta colonna da sinistra).

2. Note in merito all'applicazione del D. Lgs. 231/2001 da parte degli enti del SiReg analizzati.

Nell'analisi degli enti selezionati per il 2022 sono state individuate, in materia di attività degli Organismi di vigilanza (O.d.V.) - ex d. lgs. n. 231 del 2001 -, talune criticità, spesso comuni e "trasversali". Di seguito, una sintesi:

- 1) in taluni casi non risultano prodotte le relazioni (semestrali e/o annuali) dell'attività dell'O.d.V. o, più spesso, queste ultime sono state redatte con notevoli ritardi; le raccomandazioni finali rassegnate nelle relazioni risultano talvolta identiche a quelle delle relazioni degli anni precedenti (all'apparenza, meri "copia e incolla");
- 2) si assiste tutt'ora ad una impropria sovrapposizione tra mansioni dell'O.d.V. e compiti di gestione; esemplificativamente, in relazione ad una Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale, si legge che l'O.d.V. ha «valutato ed approvato - ndr: *sottolineatura nostra* - l'aggiornamento vers. 9 del MOG 231 aziendale per la successiva adozione da parte di Aler BCM» - ciò benché l'erroneità di siffatte sovrapposizioni fosse già stata censurata nella relazione "*Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2021*";
- 3) in tre situazioni, in relazione ai reati-presupposto previsti all'interno della parte speciale del M.O.G., benché gli stessi risultino classificati, dal risk assessment e dalla gap analysis, ad alto rischio di consumazione, non si rinvengono specifici protocolli preventivi;
- 4) in un caso, - nonostante il fatto che l'Organismo di vigilanza sia in carica in quanto operante in regime di proroga dei poteri (dal 2015) - non risulta ancora approvata la parte speciale del M.O.G. (cioè l'oggetto dell'attività di controllo dell'O.d.V.);
- 5) spesso si assiste all'utilizzo di una "*grammatica*", nella elaborazione delle parti speciali dei M.O.G., più consona a quella propria di un *codice etico* piuttosto che a un modello di organizzazione e di gestione; in altre parole, la parte

speciale non esiste, difettando specifici protocolli/procedure di prevenzione dei reati.

3. Note in merito all'applicazione della L. 190/2012 da parte degli Enti del SiReg analizzati.

Dall'esame delle Relazioni dei Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza degli enti campionati e dei rispettivi Piani Triennali Prevenzione Corruzione e Trasparenza relativi al periodo 2020-2021, pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei relativi siti istituzionali, è emerso quanto segue:

- 1) benché le Relazioni degli RPCT debbano essere pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale degli Enti SiReg analizzati, una Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale (alla data del 14.10.22) non ha ancora pubblicato tale relazione e non risulta reperibile sul sito il Piano Triennale 2022-2024;
- 2) in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*Whistleblowing*), in tutte le Aler non risulta essere stato attivato un sistema informativo dedicato; le segnalazioni possono pervenire tramite una apposita casella di posta elettronica, il cui indirizzo è riportato sul sito alla sezione Amministrazione Trasparente. Non sono pervenute, presso le Aziende, segnalazioni, anche alla luce della scarsa sicurezza di anonimato che la mancanza di apposito sistema informativo comporta;
- 3) in un caso, relativo alle *inconferibilità per incarichi dirigenziali ex D. Lgs. 39/2013*, non sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità, benché tale misura fosse prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2021;
- 4) in un caso, non risulta essere stata prevista alcuna misura per prevenire il fenomeno del *pantouflage* e dalla lettura della relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si evince che nessun caso di *pantouflage* si sia verificato in rapporto al personale dirigenziale.

4. Le Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale

4.1. Aler Bergamo

Per quel che concerne la posizione della **Aler Bergamo** è da premettere che l'ente non ha risposto ad alcune osservazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, in particolare alle *anomalie* segnalate nell'allegato 1, precisamente quelle *sub A1* e *A2*:

- **A1**: era stata rimarcata l'assenza della relazione di chiusura dell'O.d.V. (operante sino al 31 dicembre 2018); la risposta dell'ente non ne fa cenno, tantomeno la relazione viene allegata alla risposta;

- **A2**: era stata evidenziata, tra il 1° gennaio 2019 e il 15 ottobre 2019, una «vacatio» dell'O.d.V. (l'ente risulta essere rimasto per ben 10 mesi e mezzo privo della Funzione di controllo); la risposta dell'ente non menziona tale criticità (peraltro, la *Relazione semestrale* dell'O.d.V. per il «*Periodo Ottobre 2019 - Marzo 2020*» attesta - a pag. 3 - che l'insediamento del "nuovo" O.d.V. è avvenuto in data 16 ottobre 2019, senza tuttavia fare cenno alcuno all'O.d.V. precedente, a eventuali passaggi di consegne tra i due Uffici o ad altri elementi fattuali dai quali desumere che nel periodo immediatamente precedente - cioè tra il 1° gennaio e il 15 ottobre 2019 - fosse insediato e operativo un O.d.V.).

Ciò premesso, è possibile muovere i seguenti rilievi sulla parte speciale del **modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.) – versione 2015**.

Come segnalato dal D.G. dell'ente, a fine giugno 2022 è iniziata la procedura per il conferimento dell'incarico professionale per l'aggiornamento del M.O.G.; occorre in ogni caso evidenziare, in ordine alla **versione 2015** (allo stato in vigore), quanto segue:

- a) la parte speciale del M.O.G. - nell'elencare i testi normativi dei singoli reati-presupposto - si sovrappone indebitamente alla parte generale (cioè la sede "naturale" per la esposizione dei contenuti del d. lgs. n. 231 del 2001), creando ridondanze; la parte speciale deve contenere i *protocolli preventivi* da applicare

- in relazione alle aree a rischio di compimento di reati previamente individuate tramite *risk assessment* e successiva *gap analysis*;
- b) la parte speciale non contempla i protocolli di cui si è accennato (tantomeno le procedure nelle quali essi si sostanziano); se, a titolo di puro esempio, si esamina il capitolo K (delitti contro la p.a.), sezione 3 (*Le misure*, pagg. 142-144), salta all'occhio un approccio linguistico infarcito di espressioni quali «[i responsabili, i destinatari delle norme, i soggetti] si impegnano a...»: nulla di più lontano dalle dettagliate e stringenti previsioni che devono impregnare i protocolli/procedure della parte speciale di un M.O.G.;
- c) l' O.d.V., nelle relazioni che si sono succedute da ottobre 2019 all'anno 2022, non ha mai fatto cenno alla suddetta carenza strutturale del M.O.G.; la Funzione prende inoltre atto, in maniera del tutto acritica, che il M.O.G. «assorbe, allo stato, globalmente e integralmente le procedure del Sistema Qualità dell'Azienda» (v. *Relazione semestrale dell'O.d.V. per il «Periodo Ottobre 2019 - Marzo 2020»*, pag. 4); l'affermazione disvela incompetenza professionale nella attività di vigilanza, in quanto il *focus* del controllo, cioè l'adeguatezza e la corretta applicazione del M.O.G., sfugge totalmente allo sguardo dell'O.d.V., la cui analisi *preliminare* del mese di ottobre 2019, così come quelle successive, non coglie le differenze tra i protocolli/procedure - peraltro assenti, come sopra rilevato - ed il "sistema qualità", cioè a dire un insieme formale di attività collegate e interdipendenti *estraneo*, strutturalmente e funzionalmente, a quello delle regole di prevenzione dei rischi di reato;
- d) conclusione: il M.O.G. del 2015 è da ritenersi *inidoneo* a prevenire i reati-presupposto per carenza sostanziale dei requisiti di cui all'art. 6 comma 1 lett. a e comma 2 lett. b del d. lgs. n. 231 del 2001; inoltre, la vigilanza dell'O.d.V. si è rivelata insufficiente (ex comma 1 lett. d della cit. disposizione) per i motivi illustrati nel punto precedente;
- e) è necessario che il lavoro di aggiornamento in corso tenga in debito conto il *deficit* strutturale della versione dell'attuale modello organizzativo (parte speciale); è opportuno che l'organo di gestione valuti se continuare ad avvalersi dell'operato dell'attuale O.d.V..

Per quel che riguarda, invece, il profilo della corretta applicazione della l. n. 190/2012 da parte della Aler Bergamo, pur tenendo in considerazione che nella Relazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza del 2021 è stato segnalato che "l'emergenza epidemiologica Covid-19 ha inciso sulle tempistiche di attuazione di alcune attività pianificate", si osservano le seguenti disfunzioni:

- a) relativamente alla *formazione del personale*: con riferimento all'anno 2021 non è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione, anche se la misura era prevista dal PTPCT. Rimandata ai primi mesi del 2022, si è atteso di concludere la revisione del Codice Etico e di Comportamento per ottimizzare la formazione;
- b) per quanto concerne i *procedimenti disciplinari e penali*: nel corso del 2021 sono stati avviati n. 4 procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali;
- c) sotto il profilo della *inconferibilità per incarichi dirigenziali ex D. Lgs. 39/2013*: non sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2021; al contempo si dichiara che non è stata accertata nessuna inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013. Non sono riportate note esplicative riguardo;
- d) relativamente alla *tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (Whistleblowing)*: è stata attivata apposita procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione; non è stato attivato il sistema informativo dedicato, viene utilizzata la mail tra gli altri mezzi con cui il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione;
- e) infine, per il *pantouflage*: nessun caso di *pantouflage* di dirigenti è stato segnalato, ma al contempo non risulta attuata alcuna misura specifica per prevenire il fenomeno.

In sintesi, il sistema di prevenzione appare complessivamente poco presidiato: come tutti i sistemi necessita che gli attori che vi rientrano siano consapevoli, formati e informati dei rispettivi compiti e ruoli e gli elementi che emergono per il 2021 non depongono in tal senso.

4.2. Aler Brescia

Per quel che concerne la posizione della **Aler Brescia** è da premettere che l'ente non ha risposto alle osservazioni di ORAC, in particolare alle *anomalie* segnalate nell'allegato 1 (da A1 ad A5) della relazione finale sull'obiettivo 4, approvata con deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022.

I 4 rilievi esposti di seguito sono intesi a evidenziare le criticità/incongruità della documentazione trasmessa dall'ente; pertanto, le problematiche segnalate a suo tempo in sede di relazione finale rimangono, nella sostanza, attuali.

- 1) L'O.d.V. è in regime di proroga da dieci mesi (dal 31/12/2021); non si evincono notizie circa l'avvio della procedura per la nomina del nuovo Organismo;
- 2) L'O.d.V. ha «valutato ed approvato l'aggiornamento vers. 9 del MOG 231 aziendale per la successiva adozione da parte di Aler BCM»: come segnalato da questo Organismo (v. allegato 1 alla relazione annuale, anomalia A2) tale attività esula dalle competenze della Funzione e appiattisce quest'ultima su un ruolo di gestione, con conseguente sovrapposizione tra controllore e controllato; a maggior ragione in questo caso, dove valutazione e approvazione da parte dell'O.d.V. sembrano addirittura propedeutiche - «per la successiva adozione», scrive l'O.d.V. - alla delibera sul M.O.G. da parte dell'amministrazione dell'ente (v. pag. 3, relazione annuale 2021);
- 3) nessun *follow up* circa i 7 rilievi formulati dall'O.d.V. negli anni precedenti (mai riscontrati dall'ente in passato: dato peraltro già segnalato nell'allegato 1 alla relazione annuale di ORAC, rilievi da R1 a R7);
- 4) mancata formalizzazione delle dichiarazioni sulla insussistenza di conflitto di interessi con i richiedenti da parte delle risorse che si occupano delle pratiche di richiesta del contributo di solidarietà a favore degli inquilini indigenti e delle pratiche di decadenza dall'assegnazione (pag. 4, relazione 2021); criticità

segnalate alla direzione dell'ente; non è dato conoscere riscontro al riguardo (e se ci sia stato un *follow up* da parte dell'O.d.V.).

Ciò premesso, è possibile muovere i seguenti rilievi sulla parte speciale del **modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.)**:

a) con decreto del presidente n. 63 del 15 giugno 2022 viene approvata l'edizione n. 11 della parte speciale: fino al 2021, stando alla relazione annuale dell'O.d.V., esisteva una «vers. 9 del MOG 231»; non è dato conoscere se mai sia stata approvata una “versione 10”, prima di arrivare alla n. 11 di quest'anno (a meno di ipotizzare una sfasatura numerica tra edizione di parte generale e edizione di parte speciale: un dato che avrebbe dovuto essere oggetto di segnalazione da parte dell'O.d.V. e, comunque, esplicitato nei flussi informativi periodici tra organo di gestione e funzione di controllo);

b) la predetta edizione n. 11 viene adottata nel rispetto dei canoni metodologici per la costruzione del M.O.G.; tuttavia, per le tre “famiglie” di reati-presupposto che risultano, dal *risk assessment* e dalla *gap analysis*, ad alto rischio di consumazione, non risultano previsti *specifici protocolli preventivi* (nel testo della parte speciale); più in dettaglio:

b1) reati contro la p.a. (ex artt. 24 e 25 del d.lgs. n. 231 del 2001): vengono richiamate «appropriate procedure relative al sistema di gestione qualità aziendale» (pagg. 10-11 M.O.G. parte speciale), ma esse non figurano nel documento (si tenga presente che i «protocolli» di cui all'art. 6 comma 2 lett. b del d.lgs. n. 231 del 2001 si sostanziano in procedure, quindi, o queste ultime sono previste nel protocollo, oppure devono essere esplicitamente individuate, con i relativi estremi, in caso di richiamo *per relationem*); per la prevenzione dei reati di corruzione e concussione i «protocolli comportamentali» (pagg. 17-19 M.O.G. parte speciale) si risolvono in meri richiami ai doveri di astensione normalmente individuati dalle *best practice* in materia: nessuna procedura regolamentata è desumibile dal documento;

b2) reati tributari (art. 25-*quinquiesdecies* del d.lgs. n. 231 del 2001): il personale (pag. 49 M.O.G. parte speciale) «è tenuto ad osservare le modalità previste nei regolamenti e procedure aziendali», ma anche in questo caso né i

primi né le seconde risultano contemplati nel M.O.G. o richiamati con precisione; altre prescrizioni si risolvono in meri richiami ai principi prescrittivi consolidati in materia;

- c) conclusioni: vengono individuati i profili di rischio nel prisma della specificità operativo-gestionale dell'ente, ma nei protocolli di prevenzione dei rischi di reato non figurano le procedure e, anche quando esse vengono menzionate, non sono identificate chiaramente; il M.O.G. parte speciale è pertanto da rivedere ed integrare con prescrizioni di dettaglio (o con precisi rinvii ad altre fonti normative interne, laddove esistenti). Questa conclusione è peraltro avvalorata (pag. 56 M.O.G. parte speciale) nel paragrafo 29, «misure specifiche», dove si menziona - senza distinguere chiaramente tra situazione *as is* e *to be* - l'«adozione dei protocolli e dei regolamenti citati nel Modello organizzativo quali misure specifiche in base a singoli reati o categorie di reato» e, ancora, la «revisione e integrazione delle procedure aziendali per la qualità nelle aree sensibili evidenziate nell'analisi dei rischi».

Per quel che concerne, invece, il profilo della corretta applicazione della l. n. 190/2012 da parte della Aler Brescia, occorre evidenziare le criticità segnalate nella relazione del RPCT 2021. Permanendo anche nell'anno 2021 l'emergenza epidemiologica Covid-19, le necessità operative hanno significativamente impegnato gli uffici. Ciò ha comportato il differimento di talune attività previste dal PTPCT, privilegiando la qualità dei controlli e il raggiungimento degli obiettivi prioritari per l'Azienda. Nel 2021, stante anche la strutturale carenza di personale, non è stato possibile attuare misure di rotazione. La dislocazione territoriale degli uffici nelle tre province di Brescia, Cremona e Mantova rende particolarmente onerosi i controlli in presenza.

Dalla analisi della documentazione, si rileva la seguente disfunzione relativa al profilo della tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*Whistleblowing*): è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione; non è però stato

attivato il sistema informativo dedicato, tra gli altri mezzi con cui il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione, viene utilizzato il semplice strumento delle mail.

Inoltre, per quel che concerne il *pantouflage*, non è stato segnalato nessun caso che riguardi i dirigenti. È previsto l'utilizzo della autocertificazione quale misura per prevenire il fenomeno, ma non è presente nessuna menzione sulla modalità con cui vengano effettuati i controlli su tali autocertificazioni. Non si rivengono, conseguentemente, misure specifiche all'interno del PTPCT dell'anno 2021.

4.3. Aler Milano

Con riguardo alla posizione della **Aler Milano**, è da premettere che l'ente non aveva risposto, o aveva replicato in maniera elusiva, alle osservazioni di ORAC, in particolare alle *anomalie* dettagliate nell'allegato 1 da A1 ad A6 della relazione finale dell'obiettivo 5 del 2020, approvato con deliberazione n. 12 del 30 novembre 2020.

Le precedenti risposte del D.G. alle osservazioni di questo Organismo erano state puntualmente contestate nel documento *Obiettivo 5_sinossi*, ai punti A2 e A3 (**allegato 2 alla presente relazione**).

In via del tutto riassuntiva si ripercorrono le criticità a suo tempo segnalate (dicembre 2021):

- 1) nessun riscontro sulla mancata adozione di un regolamento O.d.V. (per un anno e mezzo dopo il suo insediamento);
- 2) il D.G. si era impegnato, per il futuro, ad adottare procedure ad evidenza pubblica per la scelta di consulenti esterni all'O.d.V., ma non aveva riscontrato le segnalate anomalie circa: a) la decisione di avvalersi di un legale esterno per la «implementazione» del M.O.G., b) il fatto che «implementazione» e «aggiornamento» del M.O.G. apparissero descritte come prerogative dell'O.d.V. (senza riferimenti all'Organo di gestione);
- 3) nessun riscontro sulla scelta - del tutto anomala - di nominare un coadiutore "esterno" dell'O.d.V. (a composizione collegiale);
- 4) nessun riscontro sulla assenza di riunioni nell'ultimo quadrimestre 2019; si faceva invece presente che il "nuovo" O.d.V. si era riunito regolarmente dal 1° giugno 2020.

L'ultima risposta del D.G. (5 agosto 2022) è - con riguardo ai rilievi formulati a suo tempo da questo Organismo - sia inconferente, sia non corrispondente ai fatti, in quanto essa:

a) richiama (pag. 1, fino a metà di pag. 2) previsioni normative ampiamente conosciute, senza entrare nel merito delle contestazioni mosse da questo Organismo;

b) riporta testualmente una risposta dell'O.d.V. - avente per oggetto la mancata adozione del regolamento interno (per un lungo periodo: dal 1° giugno 2017 al 22 novembre 2018) - che definisce «priva di fondamento» la contestazione indirizzata da ORAC all'O.d.V.; in realtà:

b1) la contestazione di ORAC è corroborata - in due passaggi - dalla Relazione dell'O.d.V. del secondo semestre 2018 (redatta ben tre mesi e mezzo dopo la chiusura del semestre: 18 aprile 2019) dove si attesta (pag. 2, ultimo periodo): «... proposto dal dott. Vittorio Viganò, per l'OdV, di approvare anche un Regolamento interno dell'Organismo»; inoltre, (pag. 3, penultimo periodo), si precisa: «veniva quindi approvato all'unanimità dei presenti il Regolamento OdV, così come modificato»;

b2) l'osservazione dell'O.d.V. a tenore della quale «il Regolamento già nel 2012 era parte integrante del MOGC e rivisto in occasione dell'integrazione del Modello stesso nel 2018» non solo contrasta con quanto evidenziato nel precedente punto b1), ma disvela una grave carenza conoscitiva delle più accreditate (nonché sedimentate in più di un ventennio di applicazione del d. lgs. n. 231 del 2001) regole in tema di regolamento dell'O.d.V.: il regolamento è atto autonomo dell'O.d.V., esso va predisposto al momento dell'insediamento della Funzione (o recepito, qualora adottato da un precedente O.d.V.) e comunicato, per mera conoscenza, all'organo di gestione; di conseguenza non spetta a quest'ultimo, in sede di adozione del modello di organizzazione, redigere (o inserire nel modello) il regolamento in parola, in quanto atto - si rimarca - non solo di esclusiva competenza dell'O.d.V. ma, anche dal punto di vista formale, svincolato dal modello organizzativo.

Infine, occorre segnalare che non è stato possibile analizzare le relazioni annuali dell'O.d.V. per il periodo 2020-2022, in quanto la documentazione non è stata trasmessa dalla D.G.

In relazione alla parte speciale del **modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.)**, premesso che il documento - sollecitato - è pervenuto con rilevante ritardo, è possibile muovere i seguenti rilievi:

- a) l'analisi del rischio è effettuata in termini stereotipati e spesso non è commisurata alla concreta realtà operativa dell'ente; le «attività a rischio» vengono costantemente elencate con formule ripetitive, frutto di evidenti “copia-incolla”; tra gli eventi rischiosi vengono annoverati illeciti di improbabile - quando non addirittura impossibile, sotto il profilo della sussistenza dei requisiti dell'interesse o vantaggio - commissione da parte dell'ente (a titolo di meri esempi, associazione finalizzata al traffico di stupefacenti e relativo elenco di «attività a rischio»: pagg. 147 e 343; commercio internazionale di specie animali e vegetali in via di estinzione e relativo elenco di «attività a rischio», tra le quali si indicano lo «stoccaggio di materiali in cantiere» e le «bonifiche amianto» (sic): pag. 306);
- b) la “grammatica” della parte speciale (pag. 66 e segg.) è più consona a un codice etico che a un modello di organizzazione e di gestione; per le singole fattispecie di reato vengono esplicitate «buone pratiche»: queste ultime, tuttavia, si esauriscono in una serie di principi metodologici (o, se si preferisce, linee-guida per l'ente) - consentanei al d. lgs. n. 231 del 2001 - quali la segregazione di compiti, la contrapposizione di funzioni e la tracciabilità delle operazioni; i testi delle «buone pratiche» in molti casi sono identici (cfr., *sub reati informatici*, i testi - *ex multis* - di cui alle pagg. 118, 120, 121, 122-123, 124, 125, 126) o, quantomeno, fortemente simili, legittimando il dubbio circa l'utilizzo della tecnica del c.d. “copia e incolla”, la quale certamente non propizia l'adozione di un modello ritagliato sulla realtà operativa dell'ente; il richiamo ai suddetti principi, ancorché adattato alle peculiarità delle singole fattispecie criminose (il cui rischio di realizzazione va prevenuto), non surroga i protocolli (e le procedure) - contemplati dall'art. 6 comma 2 lett. b del decreto del 2001 - che, nel caso di

specie, risultano del tutto assenti; non sono peraltro ravvisabili rinvii *per relationem* a regolamenti interni che, in linea teorica, potrebbero integrare i protocolli e le procedure di parte speciale; infine, nelle suddette «buone pratiche» compaiono, in taluni snodi, indicazioni circa l'opportunità di adottare «protocolli» - o «protocolli interni» - dei quali non vi è traccia alcuna nel M.O.G. trasmesso a questo Organismo;

- c) riferimenti, nelle «buone pratiche», a «pagamenti in contanti» (a titolo di mero esempio: pag. 89 in tema di prevenzione del reato di concussione, pag. 94 con riguardo alla prevenzione della corruzione): non è dato desumere - dall'espressione alquanto scarna - se si tratti di un inciampo linguistico o di un (non trascurabile) errore di merito, riconducibile a una spiccata corrività nell'elaborazione del testo delle «buone pratiche», svilite ad un elenco poco perspicuo di azioni da intraprendere da parte dell'ente;
- d) reati tributari: «la scarsa attenzione dell'Ente agli aspetti contabili e gestionali costituisce un terreno fertile per la commissione dei reati oggetto di odierna analisi» (pag. 363); così si esprime il consulente esterno - che tale sia lo si desume dal tenore della proposizione citata - presumibilmente incaricato della redazione del M.O.G.; seguono suggerimenti, di caratura alquanto generalista, rispetto ai quali non è dato conoscere se vi siano stati successivi provvedimenti dell'ente;
- e) sulla base di quanto rilevato nei punti che precedono, il modello risulta non idoneo alla prevenzione dei reati (v. art. 6 comma 1 lett. a del d. lgs. n. 231 del 2001).

In conclusione: non erano state riscontrate (già nel 2021, in rapporto al 2020) le osservazioni sulle vistose anomalie circa le scelte di nominare consulenti esterni per la "implementazione" del MOG e per "supportare" un O.d.V. a composizione collegiale; l'attività dell'O.d.V. ha palesato omissioni (mancata adozione del regolamento interno per un lungo periodo, oltre a un lasso temporale di quasi 5 mesi senza tenere riunioni) per le quali è stata fornita una giustificazione non solo smentita dai documenti trasmessi a questo Organismo, ma altresì erronea nei contenuti.

Si allega nuovamente il documento *Obiettivo 5_sinossi* (**allegato 2** alla presente relazione) per il riepilogo:

- di tutte le criticità a suo tempo rilevate (da A1 ad A6),

- delle dettagliate *Osservazioni* formulate in ordine alla risposta pervenuta a suo tempo dal D.G.

Per quel che concerne, invece, l'indagine circa la corretta applicazione della l. n. 190/2012 da parte della Aler Milano, occorre premettere le criticità segnalate dal RPCT nella relazione per l'annualità 2021.

In primo luogo, gli aspetti che hanno determinato lo stato di attuazione del PTPCT come descritto, sono principalmente riconducibili all'ampiezza ed alla profondità delle tematiche oggetto delle misure nonché, per alcune, al regime normativo transitorio.

In secondo luogo, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza segnala che il principale aspetto critico è talvolta "la logica applicata all'attuazione del Piano stesso da parte dei dipendenti", legata al mero aspetto formale di adempimento amministrativo. Tuttavia, l'azione della formazione e del RPCT contribuiscono alla crescita della cultura aziendale sui temi e alla consapevolezza che il PTPCT costituisce uno strumento di primaria importanza per il contrasto e la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Infine, il RPCT ha segnalato, quale criticità, la circostanza che il ricorso intensivo alla modalità di lavoro da remoto ha in taluni casi reso più complessa la comunicazione e lo scambio informativo costante con le funzioni aziendali.

Si segnalano ora le principali disfunzioni rinvenibili nell'attuazione del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021-2023.

Sotto il profilo della incompatibilità per particolari posizioni dirigenziale, non sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità. Infatti, nessuna misura in tal senso era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020; in relazione a quella annualità, si era prevista nel Piano solo una misura generale.

In relazione al profilo dei procedimenti disciplinari e penali, occorre rilevare che non sono stati avviati procedimenti per eventi corruttivi a carico dei dipendenti; sono stati però avviati a carico dei dipendenti n. 5 procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, fattispecie le quali non hanno anche integrato ipotesi di reato o di contravvenzione.

Per il tema della tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*whistleblowing*), non è stato attivato il sistema informativo dedicato: le segnalazioni possono pervenire tramite la casella di posta elettronica dedicata e presente sul sito

alla sezione Amministrazione Trasparente. È inoltre prevista la possibilità di consegna del formato cartaceo. Inoltre, dalla lettura della relazione del RPCT del 2021 si evince che nessuna segnalazione è stata presentata.

Infine, non è chiaro se è sia stato aggiornato il Codice di Comportamento. Nel Piano Triennale Anticorruzione 2022-2024, infatti, si legge che “In conseguenza della Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 «Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche», si suggerisce la possibilità di valutare l’opportunità di aggiornare il Codice Etico vigente con la finalità di distinguere i codici di comportamento, giuridicamente rilevanti sul piano disciplinare, da quelli etici.”

4.4. Aler Pavia-Lodi

Per quel che concerne la posizione della **Aler Pavia-Lodi**, è da premettere che l’ente ha riscontrato quasi tutte le osservazioni di ORAC, in particolare le *anomalie* segnalate nell’allegato 1 (da A1 ad A5) della relazione finale sull’obiettivo 4.

Quanto *all’anomalia* segnalata al punto A6 del predetto allegato 1, rimane da chiarire, in via definitiva, se l’ente si sia effettivamente dotato di un modello di organizzazione per la tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, ex art. 30 del d.lgs. n. 81 del 2008, oppure se il suddetto modello costituisca semplicemente una sorta di “paradigma normativo” di riferimento per talune attività di vigilanza nella materia *de qua* (come sembrerebbe desumibile sia dal tenore del richiamo effettuato dalla *Relazione 1° semestre 2022* dell’O.d.V., sub *Emergenza Covid 19*, pag. 149, sia dalla tabella *Azioni in risposta a osservazioni ORAC*, sub A6).

Ciò premesso, è possibile muovere alcuni rilievi sulla parte speciale del **modello di organizzazione e di gestione (M.O.G.)**.

Innanzitutto, molte sezioni del M.O.G. risultano alquanto datate (2015) e, tra queste, talune non tengono conto delle novità legislative sopravvenute (ad esempio, in materia di sicurezza sul lavoro).

Si riportano le seguenti criticità più significative emerse:

- a) la parte speciale del M.O.G. - suddivisa in 11 partizioni, ciascuna dedicata ad altrettante “famiglie” di reati-presupposto - effettua una parafrasi delle previsioni

- del d. lgs. n. 231 del 2001, elencando i testi normativi dei singoli illeciti; tale metodologia sovrappone indebitamente la parte speciale alla parte generale (sede "naturale" per l'esposizione dei contenuti del d. lgs. n. 231 del 2001), creando ridondanze; la parte speciale deve limitarsi a contenere i *protocolli preventivi* da applicare in relazione alle aree a rischio di compimento di reati, previamente individuate tramite *risk assessment* e successiva *gap analysis*;
- b) parte speciale "B" - reati informatici; i protocolli di controllo richiamati nel primo periodo (pag. 12) vanno specificati in dettaglio o, in alternativa, essi dovrebbero fare riferimento a regolamenti interni individuabili con chiarezza e certezza;
- c) parte speciale "D" - reati societari; operazioni straordinarie (§ 8, pag. 13): da chiarire il passaggio che prevede una informazione preventiva all'O.d.V., con assegnazione a quest'ultimo del compito di «valutare il rischio di commissione del reato e, in caso positivo, provvedere ad implementare il Modello»; si tenga presente che l'O.d.V. non dispone di poteri impeditivi (*ex ante*) di commissione degli illeciti; da precisare il contenuto del precetto di cui al § 9 (pag. 13) in materia di rapporti commerciali con eventuali clienti privati (il rinvio alla normativa anticorruzione è troppo generico); analogo rilievo per il § 10, riguardo alla gestione dei rapporti con i fornitori;
- d) parte speciale "G" - reati contro la responsabilità individuale; va precisato se la «particolare attenzione ... posta da Aler» ad attuare la normativa in materia di lavoro (ed altro) si traduca o meno in specifici protocolli e/o procedure; identica osservazione vale per il dichiarato impegno ad evitare lo sfruttamento del lavoro di soggetti socialmente deboli (v. § 5, punto 1, pag. 7);
- e) parte speciale "J" - reati in materia di sicurezza sul lavoro; poiché il § 5 (pagg. 8-10) si limita, in molti passaggi, a riportare testualmente la normativa vigente, va specificata - al di là dell'attestazione circa l'esistenza del DVR (pag. 8) e del DUVRI (pag. 9) - l'eventuale esistenza di protocolli specifici; in caso contrario, essi vanno elaborati ed adottati; come puntualizzato *supra* (lett. a) il richiamo pedissequo alla normativa di settore vigente nella parte speciale del M.O.G. non surroga gli indispensabili protocolli/procedure;
- f) parte speciale "K" - reati contro l'ambiente; insufficiente e da integrare la parte speciale (§ 5, punti 1 e 2, pag. 17), in quanto il richiamo alla presenza di «prassi operative secondo la disciplina di legge» è generico e del tutto inidoneo come

presidio di prevenzione; inoltre, l'affermazione che per Aler «è obiettivo primario quello della tenuta sotto controllo delle autorizzazioni dei propri fornitori in materia ambientale» (pag. 17) costituisce petizione di principio - tipica del linguaggio di un codice etico - che non integra minimamente un protocollo/procedura per la prevenzione del rischio.

Dalla lettura della Relazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza del 2021 emergono due principali criticità.

Da un lato, si sottolinea il sottodimensionamento della struttura organizzativa per alcune funzioni, segnalando come le tempistiche di attuazione delle misure sono risultate più lunghe rispetto alla pianificazione, in parte condizionata dall'emergenza epidemiologica di Covid-19.

Sotto altro profilo, invece, il RPCT evidenzia come le tempistiche di attuazione di alcune delle azioni contenute nel piano risentono dell'impatto dell'emergenza epidemiologica "*ancora in corso*". Per tale motivo, alcune misure specifiche previste e contenute nel piano sono difficilmente realizzabili per via della ridotta dimensione aziendale.

Anche in relazione a tale Aler, si ripropone il rilievo di disfunzioni già rilevate per gli altri enti.

In particolare, per quel che concerne la *formazione del personale*, si rileva che non è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione. La misura di aggiornamento della formazione al personale è stata prevista e pianificata per i primi mesi dell'anno 2022. Il RPCT e il suo Referente hanno seguito la formazione obbligatoria e specifica per le figure prevista da Regione Lombardia in tema anticorruzione e trasparenza.

In relazione alla *tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (Whistleblowing)*, si segnala che non è stato attivato il sistema informativo dedicato. Le segnalazioni possono pervenire tramite la casella di posta elettronica dedicata e presente sul sito alla sezione Amministrazione Trasparente. È inoltre prevista la possibilità di consegna del formato cartaceo. Nessuna segnalazione risulta essere stata presentata.

In conclusione: la struttura organizzativa, come rilevato per l'anno 2021, risulta sottodimensionata e le tempistiche di attuazione di alcune misure – dilatate già nel 2019

e nel 2020, giustificate a causa dell'emergenza pandemica da Covid 19 – costituiscono fattori che espongono l'amministrazione a maggiori rischi corruttivi.

4.5. Aler Varese

Per quel che concerne la posizione della **Aler Varese**, è da premettere che l'ente non ha risposto, o ha replicato in maniera elusiva, alle osservazioni di ORAC, in particolare alle *anomalie* dettagliate nell'allegato 1 (da A1 ad A6) della relazione finale sull'obiettivo 4.

I 7 rilievi esposti di seguito sono intesi a evidenziare le criticità/incongruità delle risposte fornite dall'ente; pertanto, le problematiche segnalate a suo tempo in sede di relazione finale rimangono, nella sostanza, attuali.

- 1) al 1° semestre 2022 risulta ancora da approvare la parte speciale del M.O.G. (NB: l'O.d.V. è in carica dal 2015: non risulta chiaro quale possa essere mai stata la sua attività di vigilanza sul M.O.G. se la parte speciale di quest'ultimo non esisteva);
- 2) anomalie nell'attività dell'O.d.V. che identifica come oggetto di attività specifica due certificazioni ISO (senza precisare scopi e risultati di tale *focus*: relaz. ann. 2020);
- 3) dal 2015 (nomina) ad oggi è insediato lo stesso O.d.V. (che opera in regime di proroga da fine 2018); la «*pianificazione delle attività è risultata di non semplice realizzazione... (a causa della) prorogatio senza una scadenza e una durata certe*» (relaz. ann. 2021): l'O.d.V. non segnala all'Organo di gestione l'esigenza - non se ne trova traccia nelle relazioni annuali - di avviare la procedura per la selezione e la nomina di un nuovo Organismo, ma utilizza la "incertezza" della sua durata in carica per giustificare, in più relazioni annuali, palesi inadempienze del proprio operato;
- 4) flussi informativi (2021) con «carezza nell'aggiornamento»; nel corso dell'anno corrente si menziona ancora l'esigenza di una «*articolazione di flussi informativi sistematici verso l'OdV*»;
- 5) viene "rammentato" all'amministrazione l'obbligo di aggiornamento e monitoraggio del PTPCT;

- 6) indagine GdF (relaz. ann. 2021) sulla gestione appalti, della quale però non si hanno più notizie nel 2022;
- 7) collegio sindacale: si apprende che nel 2020 si era dimessa la maggioranza dei componenti; fatto di notevole gravità, cui non seguono interlocuzioni tra O.d.V. e amministratori sulla sopravvenuta mancanza del principale Organo di controllo.

Per quanto concerne i profili connessi all'attuazione della l. n. 190/2021, l'Aler Varese presenta gravi lacune, poiché, da un lato, la Relazione annuale del 2021 del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, soggetta ad obbligo di pubblicazione, non risulta presente nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'ente.

Inoltre, il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2022-2024, ad oggi non risulta presente nella medesima sezione del sito.

Tali elementi, unitamente ai rilievi formulati nelle relazioni "il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti SiReg nella prevenzione dei rischi da reato" anni 2020 e 2021, evidenziano come il sistema di prevenzione non sia adeguatamente presidiato.

5. Altri Enti

In merito agli altri Enti del SiReg, in continuità con l'attività svolta nel 2020 e nel 2021 sono state analizzate le posizioni di: (i) Fondazione Lombardia Film Commission; (ii) Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica; (iii) Fondazione Lombardia per l'Ambiente; (iv) Fondazione Minoprio. Infine, è stata analizzata la posizione di Aria S.p.A.

Per quel che concerne la **Fondazione Lombardia Film Commission**, è da premettere che l'ente, benché sollecitato, ha fornito riscontri alle osservazioni di ORAC con grave ritardo. I riscontri, infatti, sono pervenuti solamente il 25 novembre 2022, a fronte di una richiesta di documentazione inviata l'11 luglio 2022.

Di seguito si evidenziano cinque rilievi, tesi ad evidenziare le criticità e le incongruità emergenti dalle risposte fornite dall'ente:

- a) riscontro su anomalia 1: accantonato un *budget* per l'O.d.V. estremamente ridotto (3000 euro); non è dato conoscere a decorrere da quale periodo sia stato messo a disposizione; nessuna risposta sul rilievo in merito al triennio 2018-2020 (in cui il *budget* risultava non accantonato);
- b) riscontro su anomalia 2: la risposta riepiloga gli esiti del processo penale nel quale l'ente, nelle vesti di persona offesa, si è visto riconoscere somme a titolo di risarcimento da parte dei condannati; tuttavia, l'anomalia segnalata da ORAC riguardava la scarsa incisività dell'attività dell'O.d.V. che non si era premurato di effettuare un'approfondita analisi sull'esposizione al rischio di commissione di reati da parte dell'ente nella vicenda in oggetto (profilo completamente travisato, peraltro, nel riscontro fornito dalla D.G. in merito alla *Raccomandazione 6*); il fatto che, successivamente alla scoperta dei noti illeciti, nel processo penale l'ente abbia rivestito il ruolo di parte civile (destinataria di risarcimenti dei danni da reato) non implica una diversa valutazione sulla superficiale vigilanza dell'O.d.V., circa il rispetto dei protocolli e delle procedure del M.O.G., all'epoca degli eventi che coinvolsero l'ente;
- c) riscontro su anomalia 3: si attesta un impegno "*pro futuro*" dell'O.d.V. a individuare correttamente i destinatari delle relazioni annuali;
- d) riscontro su anomalia 4: del tutto lacunoso, in quanto l'annotazione che l'ente si sarebbe - a suo dire - «tempestivamente attivat[o] per la ricerca di un nuovo

Organismo» nulla toglie al fatto che esso sia rimasto privo della Funzione di controllo per ben sette mesi;

- e) l' O.d.V. aveva formulato 11 raccomandazioni, nelle relazioni 2017 e 2019/2020; dalla documentazione pervenuta a questo Organismo, nessuna di esse aveva ricevuto riscontro, da parte dei vertici dell'ente, in tempi congrui (ad eccezione della *R10* - cioè la segnalata necessità di aggiornare il M.O.G. - rispetto alla quale era stata affermata una «attivazione» al riguardo); i riscontri forniti oggi ad ORAC - rispetto a raccomandazioni dell'O.d.V. interno risalenti al lontano 2017 (e, in parte, al 2019/2020) - evidenziano, da un lato, l'inerzia degli organi apicali nei confronti delle predette raccomandazioni (non sono a conoscenza di questo Organismo provvedimenti in merito), dall'altro, un *probabile* - ndr: *non sono state trasmesse ad ORAC le relazioni dell'O.d.V. per l'ultimo biennio* - "disinteresse" dell'O.d.V. circa il recepimento delle proprie raccomandazioni (costituisce indizio di ciò l'inesistenza - per quanto è dato conoscere - di azioni di *follow up* da parte dell'O.d.V. medesimo).

Infine, occorre segnalare che non è stato possibile analizzare né la parte speciale del Modello di Organizzazione e Gestione, né le relazioni annuali dell'Organismo di vigilanza, per le annualità 2020 e 2021, a causa del mancato invio degli stessi e della impossibilità di reperire tali materiali dal sito istituzionale dell'ente stesso.

Per quel che concerne, invece, la **Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica**, nella relazione "*Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2021*" si era richiesta la trasmissione di apposita documentazione contenente la valutazione dei rischi per le operazioni di M&A avvenute nell'annualità precedente: tale documentazione, puntualmente trasmessa, soddisfa pienamente le esigenze conoscitive di questo Organismo.

Nel complesso, dunque, la Fondazione ha dato completo riscontro alle osservazioni precedentemente formulate dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, fornendo altresì evidenza degli approfondimenti successivi, effettuati riguardo ai rischi di reato ex D. Lgs. 231/2001, nell'ambito della citata operazione di M&A, richiesta

dall'Organismo di vigilanza e riepilogata sotto la voce R4 del quadro sinottico allegato alla deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022.

La **Fondazione Minoprio** ha affermato la non ricorrenza dei requisiti per rientrare nelle previsioni di all'art. 2 bis del d. lgs. n. 33 del 2013. La stessa sostiene di rientrare invece nelle previsioni dell'art. 2 bis, limitatamente al caso del co. 3, del citato d.lgs. ed è quindi tenuta all'applicazione della sola normativa di trasparenza e accesso civico, in quanto compatibile, limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse.

Ne discende, secondo le prospettazioni dell'ente, che Fondazione Minoprio, come precisato nelle linee guida di cui alla determina 8 Novembre 2017 n. 1134 ANAC, è soggetto escluso dall'ambito di applicazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Con riferimento alla Deliberazione ORAC n. 1 del 10 gennaio 2022, si evidenzia che nel periodo 2020-2021 era in corso una importante modifica statutaria, erano in scadenza sia Consiglio di Amministrazione che Organismo di vigilanza e l'allora Presidente del CDA non aveva delegato al Direttore Generale (in quel momento privo di procura di poteri) nessun mandato a dialogare con ORAC. Al momento del riscontro fornito ad Orac, luglio 2022, il Direttore Generale versava in regime di proroga e era dunque privo di ogni delega di poteri.

Con riferimento alle raccomandazioni di cui al punto 4B e 4C della relazione *"Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2021"*, si è riscontrato che la Direzione Generale ha: attenzionato il Consiglio di Amministrazione rispetto all'esigenza di adottare dette osservazioni e si è provveduto a acquistare in data 6 maggio 2022 apposito software per il Whistleblowing, informando tempestivamente il nuovo Organismo di vigilanza, nominato con procedura di evidenza pubblica nella seduta di Consiglio di Amministrazione del 18 febbraio 2022.

Restano attuali le osservazioni critiche mosse alla Fondazione - in merito ai mancati riscontri alle richieste di ORAC, alle gravi lacune nell'attività dell'O.d.V., ai pesanti ritardi nel recepire le raccomandazioni dell'O.d.V. da parte degli amministratori - nel corso

della audizione, di fronte a questo Organismo, del 18 novembre 2021 (al cui verbale si fa rinvio).

La **Fondazione Lombardia per l'Ambiente**, invece, non ha fornito nessun riscontro, benché sollecitata, alle richieste dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo. Per tale motivo, non è stato possibile analizzare né le relazioni annuali dell'Organismo di vigilanza, né verificare l'eventuale adozione delle misure correttive richieste nel documento *"Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli Enti del Sistema Regionale nella prevenzione dei rischi da reato – anno 2021"*.

Diverse le considerazioni da effettuarsi in relazione alla posizione di **Aria S.p.A.**

L'ente ha fornito riscontri puntuali a quasi tutte le osservazioni formulate dall'Organismo Regionale per le Attività di controllo. In particolare, sono state fornite soddisfacenti argomentazioni in relazione ai rilievi formulati dall'Organismo di vigilanza (R1 - R3), nonché a quella che riguardava *Lombardia Informatica* (R1). Con riguardo a quest'ultima risultano sfinite di riscontro le anomalie (A1 - A3) dell'attività dell'O.d.V. in taluni settori: si tratta dei temi della assenza di relazioni semestrali e della scarsa perspicuità sulla composizione soggettiva dell'Organismo).

Occorre segnalare che non è stato possibile analizzare né la parte speciale del Modello di Organizzazione e Gestione, né le relazioni annuali dell'Organismo di vigilanza, per le annualità 2020 e 2021, a causa del mancato invio degli stessi e della impossibilità di reperire tali materiali dal sito istituzionale dell'ente stesso.

6. Conclusioni e raccomandazioni

Premesso che:

- il diffuso e trasversale fenomeno di non ottemperanza alle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli Organi di gestione e degli Organismi di vigilanza (le situazioni di quasi tutte le Aler sono connotate da particolare gravità, ma anche le posizioni di Fondazione Minoprio e di Fondazione Lombardia Film Commission presentano profili di accentuata criticità) denuncia una preoccupante assenza di presidi di prevenzione dei reati; non solo: in taluni casi gli enti non hanno dato

seguito alle richieste di invio di documentazione da parte di ORAC (Fondazione Lombardia per l'Ambiente) oppure, a seguito di gravi e reiterati ritardi nel riscontrare le richieste dell'Organismo, è stato necessario procedere alla convocazione e alla audizione dei vertici (caso della Fondazione Minoprio),

- la raccomandazione - formulata da questo Organismo nella *Relazione finale* del precedente anno di attività - di creare uno staff, adeguatamente dotato di risorse umane specializzate e di mezzi operativi, per monitorare:

1) l'effettiva applicazione delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli enti che si sono dotati di un modello di organizzazione e di gestione,

2) la composizione e l'attività degli Organismi di vigilanza dei suddetti enti, rimane di stringente attualità,

- la raccomandazione di introdurre strumenti (di natura legislativa o regolamentare) che consentano a R.L. di intervenire, anche in termini sanzionatori, nei confronti degli enti inadempienti (e, di conseguenza, sugli O.d.V. da questi ultimi nominati in caso di omessa o insufficiente vigilanza), resta - analogamente alla precedente - del tutto valida,

si segnala l'improcrastinabile necessità di valutare concretamente le proposte operative formulate nelle predette *Raccomandazioni*.

TERMINOLOGIA:

- *A: anomalie* (sono riferite alla struttura e all'operato dell'OdV)
- *D: disfunzioni* (sono riferite alla struttura e all'operato del RPCT)
- *R: rilievi* (effettuati dall'OdV)
- *C: criticità* (segnalate dal RPCT)

OB. 4 PdA ORAC – ANNO 2022

ALER BERGAMO

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>A1: Non risulta «depositata la relazione di chiusura dell'Organismo operante sino al 31 dicembre 2018»</p> <p>A2: Tra il 1° gennaio 2019 e il 15 ottobre 2019 risulta una «vacatio»: 10 mesi e mezzo senza OdV.</p> <p>A3: Non risulta redatta la relazione semestrale ottobre 2020 - marzo 2021</p> <p>*****</p> <p>R1: inviata per due volte (nel periodo ottobre 2019 - ottobre 2020) la raccomandazione di aggiornare il MOG</p> <p>*****</p>	<p>C1: il RPCT di Aler segnala <i>“varie criticità emerse nel consueto monitoraggio delle attività e la difficoltà di interazione tra Aree nell'organizzazione aziendale, in particolar modo tra Area Tecnica e Area Appalti. Un altro fattore di ostacolo è certamente la gestione delle segnalazioni anonime. Nel 2018 al RPC non ne sono state trasmesse, ma la Direzione Generale ha informato il RPC che segnalazioni anonime relativamente a personale aziendale sono pervenute all'Ente vigilante (Regione Lombardia).</i> (fonte: Relazione RPCT2018)</p> <p>C2: <i>“attuazione del Piano stesso da parte dei Dirigenti e i dipendenti, in una logica legata al mero aspetto formale di adempimento amministrativo.”</i></p> <p>C3: <i>“L'azione del RPCT ha comunque trovato criticità nel far comprendere l'obbligatorietà nell'implementazione dei dati da pubblicare obbligatoriamente ai sensi del D. Lgs. 33/2013”.</i> <i>A) non tempestivo e regolare flusso delle informazioni obbligatorie da parte di alcune Aree aziendali da pubblicare nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito Aziendale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla Legge.</i></p> <p>C4: <i>B) Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo risalente all'anno 2015 così come il Codice Etico sono stati rivisitati nel corso dell'anno 2019 (senza adeguata e specifica formazione al personale).”</i> (fonte: Relazione RPCT2019)</p> <p>C5: <i>“Nel mese di dicembre del 2020 vi è stato l'avvicendamento del RPCT senza il passaggio di consegne. Pertanto, le informazioni riportate nella presente scheda-relazione sono desunte dalla documentazione agli atti e da informazioni acquisite.”</i></p> <p>C6: <i>È stato svolto solo parzialmente il monitoraggio del Piano tramite gli audit effettuati dal RPCT, perchè vi è stata la cessazione della posizione del RPCT nell'ultimo trimestre 2020.</i> (fonte: Relazione RPCT2020)</p> <p>D1: Il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT è stato fatto attraverso audit interni del RPCT. Non è stato svolto su tutte le Aree nelle quali era previsto a causa dell'interruzione della posizione del RPCT nell'ultimo trimestre 2020.</p> <p>D2: nel corso del 2020 sono stati avviati a carico dei dipendenti N.6 procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali.</p> <p>D3: non vengono attuate le misure per prevenire il pantouflage (fonte: Relazione RPCT2020)</p>		<p>Sistema di prevenzione appare poco presidiato: adesione formale ai principi in materia L.190/2012 e D.lgs. 33/0213.</p> <p>*****</p> <p>R1: nel «Bilancio di Previsione per il 2021 è stato appostato lo stanziamento necessario al conferimento dell'incarico per l'aggiornamento del MOG» (NB: chiedere delucidazione sullo stato dei lavori)</p> <p>*****</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>2022 A1: la parte speciale del MOG si sovrappone alla parte generale determinando ridondanze e non contenendo i protocolli preventivi da applicare in relazione alle aree a rischio di compimento di reati previamente individuate tramite risk assessment e successiva gap analysis;</p> <p>A2: l'OdV, nelle relazioni che si sono succedute da ottobre 2019 all'anno 2022, non ha mai fatto cenno alla suddetta carenza strutturale del MOG. L'adeguatezza e la corretta applicazione del MOG sfuggono allo sguardo dell'OdV, la cui analisi preliminare del mese di ottobre 2019, così come quelle successive, non coglie le differenze tra i protocolli/procedure.</p>	<p>2022 C1: <i>"L'emergenza epidemiologica Covid-19 ha inciso sulle tempistiche di attuazione di alcune attività pianificate,"</i> (fonte: Relazione RPCT2021)</p> <p>D1: FORMAZIONE DEL PERSONALE: con riferimento all'anno 2021 non è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione, anche se la misura era prevista dal PTPCT. Rimandata ai primi mesi del 2022, si è atteso di concludere la revisione del Codice Etico e di Comportamento per ottimizzare la formazione.</p> <p>D2: PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI: nel corso del 2021 sono stati avviati n. 4 procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali</p> <p>D3: INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013: <u>non sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2021; al contempo si dichiara che non è stata accertata nessuna inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013. Non sono riportate note esplicative riguardo.</u></p> <p>D4: TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING): attivata procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione; <u>non è stato attivato il sistema informativo dedicato</u>, viene utilizzata la mail tra gli altri mezzi con cui il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione</p> <p>D5: PANTOUFLAGE: nessun caso di pantouflage di dirigenti, ma non attuata alcuna misura per prevenire il pantouflage (fonte: Relazione RPCT2021)</p>		<p>2022 Sistema di prevenzione appare poco presidiato: come tutti i sistemi necessita che gli attori che vi rientrano siano consapevoli, formati e informati dei rispettivi compiti e ruoli; gli elementi che emergono per il 2021 non depongono in tal senso.</p>

ALER BRESCIA

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>A1: in prorogatio, per 15 mesi, da fine dicembre 2017 a marzo 2019 (nomina nuovo OdV, con successiva costituzione formale di quest'ultimo il 30/5/2019)</p> <p>A2: approva il MOG vers. 7 «da sottoporre all'approvazione ... del Presidente»: compito che esula dalle competenze della Funzione e che appiattisce quest'ultima su un ruolo di gestione, con conseguente sovrapposizione tra controllore e controllato: v. verbale riunione 30/5/2019</p> <p>A3: relazione 2019 firmata da 2 componenti su 3</p> <p>A4: comunicato «parere favorevole alla vers. 8.0 del MOGC»: azione impropria, in quanto <u>non</u> spetta alla Funzione rilasciare pareri preventivi sulla idoneità "complessiva" del MOG: quest'ultima può essere infatti verificata solo <i>ex post</i>, attraverso verifiche mirate su specifici profili: v. verbale riunione 4/6/2020</p> <p>A5: anche in questo caso, scarsa chiarezza sulla ripartizione di ruoli circa l'aggiornamento del MOG (cfr. sub A2 e A4): la Funzione «sta valutando l'opportunità di un aggiornamento [ndr: <i>sorge legittimo l'interrogativo: da parte di chi?</i>] del MOG»: v. relazione annuale 2020, p. 5.</p> <p>*****</p> <p>R1: 8 azioni di miglioramento/raccomandazioni (6 frutto di verifiche congiunte RPCT-OdV): v. relazione 2018</p> <p>R2: raccomandata migliore qualificazione dell'informativa di bilancio di esercizio (v. relazione 2018)</p>	<p>C1: <i>“La suddivisione territoriale delle attività sulle tre UOG costituisce ancora criticità, perché permangono alcune difficoltà nel garantire l'uniformità delle procedure e un sistema unico e strutturato di archiviazione delle informazioni e dei dati. [...] La gestione delle informazioni da pubblicare, in assenza di una gestione automatizzata degli inserimenti, crea notevole sovraccarico di attività per gli uffici.”</i> (fonte: Relazione RPCT2018)</p> <p>D1: la Relazione RPCT 2017, ad oggi ancora soggetta ad obbligo di pubblicazione, non risulta completa: assenti i dati relativi alla scheda “anagrafica” e “considerazioni generali”</p> <p>D2: il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPC non era ivi previsto con riferimento all'anno 2017, 2018, 2019; mentre nulla viene dichiarato, in quanto facoltativo, per il 2020. (fonte: Relazioni RPCT2017, 2018, 2019, 2020)</p> <p><i>Il Rpct, inoltre, nella propria Relazione dichiara nel corso del 2020 che sono stati avviati due procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti.</i></p>	<p>*****</p> <p><i>Da R1 a R7: tutte non riscontrate</i></p> <p>*****</p>	

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>R3: 1 + 7 azioni di miglioramento/raccomandazioni (tra le quali l'integrazione del regolamento di contabilità): v. relazione 2018</p> <p>R4: raccomandata migliore gestione "Schede di Evidenza" limitatamente a UOG CR-MN: v. relazione 2018</p> <p>R5: segnalate esigenze di rinnovo risk assessment e adeguamento MOG a seguito modifiche normative intervenute: v. relazione 2018</p> <p>R6: 2 azioni di miglioramento/raccomandazioni (frutto di verifiche congiunte RPCT-OdV): v. relazione 2019</p> <p>R7: reiterata (2019) richiesta di cui a R5 (aggiornamento MOG; ma, al riguardo, v. sub A2, A4 e A5).</p> <p>***</p> <p>2022</p> <p>A1: L'OdV è in regime di proroga da dieci mesi (dal 31/12/2021); non si evincono notizie circa l'avvio della procedura per la nomina del nuovo Organismo;</p> <p>A2: l'OdV ha «valutato ed approvato l'aggiornamento vers. 9 del MOG 231 aziendale per la successiva adozione da parte di Aler BCM»: tale attività esula dalle competenze della Funzione e appiattisce quest'ultima su un ruolo di gestione, con conseguente sovrapposizione tra controllore e controllato;</p> <p>A3: nessun follow up circa i 7 rilievi formulati dall'OdV negli anni precedenti;</p> <p>A4: mancata formalizzazione delle dichiarazioni sulla insussistenza di conflitto di interessi con i richiedenti da parte delle risorse che si occupano delle pratiche di richiesta del contributo di solidarietà a favore degli inquilini indigenti e delle pratiche di decadenza</p>	<p>2022</p> <p>C1: "Permanendo anche nell'anno 2021 l'emergenza epidemiologica Covid-19, le necessità operative hanno significativamente impegnato gli uffici. Ciò ha comportato il differimento di talune attività previste dal PTPCT, privilegiando la qualità dei controlli e il raggiungimento degli obiettivi prioritari per l'Azienda. Nel 2021, stante anche la strutturale carenza di personale, non è stato possibile attuare misure di rotazione. La dislocazione territoriale degli uffici nelle tre province di Brescia, Cremona e Mantova rende particolarmente onerosi i controlli in presenza.</p> <p>(fonte: Relazione RPCT2021)</p> <p>D1: TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione; <u>non è stato attivato il sistema informativo dedicato</u>, tra gli altri mezzi con cui il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione, viene utilizzata la mail;</p>		<p>2022</p> <p>PANTOUFLAGE: nessun caso di <i>pantouflage</i> che riguardi i dirigenti; misure per prevenire il fenomeno: <i>autocertificazione</i>, (nessuna menzione sulla modalità con cui vengono effettuati i controlli sulle autocertificazioni)</p> <p>MISURE SPECIFICHE non previste dal PTPCT con riferimento all'anno 2021</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>dall'assegnazione; criticità segnalate alla direzione dell'ente;</p> <p>A5: l'edizione del MOG consultata viene adottata nel rispetto dei canoni metodologici appropriati; tuttavia, per le tre "famiglie" di reati-presupposto che risultano, dal risk assessment e dalla gap analysis, ad alto rischio di consumazione, non risultano previsti specifici protocolli preventivi (nel testo della parte speciale);</p>			

ALER PAVIA - LODI

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>A1: Sebbene richiamato in più atti, il <i>budget</i> non risulta richiesto dall'OdV né accantonato e quantificato dall'ente (v. relazione 2018, p. 15).</p> <p>A2: nessuna richiesta/predisposizione di flussi informativi verso l'OdV; nessuna raccomandazione all'ente per il 2018 (v. relazione 2018);</p> <p>A3: non chiaramente definiti settori/contenuti/tempistiche dei flussi informativi verso l'OdV (v. relazione 2019)</p> <p>A4: le 3 raccomandazioni finali della relazione 2020 (p. 77) sono del tutto identiche a quelle della relazione 2019 (p. 29): ciò è indice di mancato recepimento dell'ente ma anche di follow-up non eseguito dall'OdV (2020 per raccomandazioni 2019)</p> <p>A5: i flussi informativi sono limitati a quelli di provenienza da Funzione Audit e RPCT; per altre aree si fa riferimento al DG; tenuto conto che i dirigenti, compreso il DG, sono solo 5, andrebbe verificata la possibilità di "istituire" flussi periodici da tutti i responsabili di area.</p> <p>A6: viene citato il MOG ex art. 30 del d.lgs. 81/2008 (relazione 2020, p. 75) : non è dato comprendere se esso sia adottato dall'ente (non ve ne è traccia negli atti trasmessi) oppure se si tratti di richiamo normativo all'attività di verifica da condurre, seppure in assenza del predetto MOG "speciale".</p> <p>*****</p> <p>R1: raccomandati aggiornamenti delle procedure di qualità; auspicata separazione tra sistemi gestione qualità e piani ex l. 190/2012, d. lgs. 33/2013, d. lgs. 97/2016 «garantendone un autonomo funzionamento» (relazione 2019, p. 27); richiamata la necessità di ulteriori sessioni formative nel settore "231" e la «approvazione e</p>	<p>C1: <i>“Struttura Organizzativa sottodimensionata per alcune funzioni e Tempistiche di attuazione delle misure a volte più lunghe rispetto alla pianificazione.”</i> (fonte: Relazione RPCT2019)</p> <p>C2: <i>“Struttura Organizzativa sottodimensionata per alcune funzioni e Tempistiche di attuazione delle misure a volte più lunghe rispetto alla pianificazione. Nell'anno 2020 l'emergenza epidemiologica in corso Covid-19 ha inciso sulle tempistiche pianificate.”</i> (fonte: Relazione RPCT2020)</p> <p>D1: la Relazione RPCT 2017, ad oggi ancora soggetta ad obbligo di pubblicazione non risulta presente in Amministrazione Trasparente</p> <p>D2: non risultano pubblicati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente i PTPC 2017 e PTPC 2018</p> <p>D3: attualmente non attuate le misure per prevenire il <i>pantouflage</i>. <i>“Non sono ancora avviate le attività e misure ma saranno avviate nei tempi previsti dalle misure di prevenzione della Corruzione.”</i></p> <p>D4: <i>tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblowing): non è stato attivato il sistema informativo dedicato (solo mail dedicata o invio cartaceo)</i></p> <p>D5: <i>non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020</i> (fonte: Relazione RPCT2020)</p>	<p>*****</p> <p>R1: nessun riscontro di recepimento</p>	<p>Sistema Anticorruzione: struttura organizzativa sottodimensionata (fattore abilitante) e tempistiche di attuazione di alcune misure dilatate già nel 2019 (nel 2020 giustificate causa emergenza Covid) espongono l'organizzazione a maggiori rischi.</p> <p>Tale situazione permane anche per il 2021</p>

<p align="center">Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV</p>	<p align="center">RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT</p>	<p align="center">Recepimenti Organo di Gestione</p>	<p align="center">Osservazioni</p>
<p>aggiornamento dei Regolamenti come previsto dai Piani approvati e integrati dalle indicazioni di R.L.» (relazione 2019, p. 29). *****</p> <p>R2: come già segnalato (A4) le 3 raccomandazioni finali della relazione 2020 (p. 77) sono del tutto identiche a quelle della relazione 2019 (p. 29) *****</p> <p>2022 A1: la parte speciale del MOG - suddivisa in 11 partizioni, ciascuna dedicata ad altrettante "famiglie" di reati-presupposto - effettua una parafrasi delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001, elencando i testi normativi dei singoli illeciti; tale metodologia sovrappone indebitamente la parte speciale alla parte generale creando ridondanze; la parte speciale deve limitarsi a contenere i protocolli preventivi da applicare in relazione alle aree a rischio di compimento di reati, previamente individuate tramite risk assessment e successiva gap analysis;</p> <p>A2: Anomalie relative alla parte speciale: reati informatici - i protocolli di controllo richiamati nel primo periodo dovrebbero fare riferimento a regolamenti interni individuabili con chiarezza; reati societari – per le operazioni straordinarie è da chiarire il passaggio che prevede una informazione preventiva all'OdV, con assegnazione a quest'ultimo del compito di «valutare il rischio di commissione del reato e, in caso positivo, provvedere ad implementare il Modello»; da precisare il contenuto del precetto di cui al § 9 in materia di rapporti commerciali con eventuali clienti privati; analogo rilievo per il § 10, riguardo alla gestione dei rapporti con i fornitori; reati contro la responsabilità individuale - va precisato se la «particolare attenzione ... posta da Aler» ad attuare la normativa in materia di lavoro (ed altro) si traduca o meno in specifici protocolli e/o procedure; identica osservazione vale per il dichiarato impegno ad evitare lo sfruttamento del lavoro di soggetti socialmente deboli (v. § 5, punto 1, pag. 7); reati in materia di sicurezza sul lavoro – poiché il § 5 (pagg. 8-10) si limita, in molti passaggi, a riportare testualmente la normativa vigente, va specificata l'eventuale esistenza di protocolli specifici; in caso contrario, essi vanno elaborati ed adottati; reati contro l'ambiente - insufficiente e da integrare la parte speciale (§ 5, punti 1 e 2, pag. 17), in quanto il richiamo alla presenza di «prassi operative secondo la disciplina di legge» è generico e del tutto inidoneo come presidio di prevenzione; inoltre, l'affermazione che per Aler «è obiettivo primario quello della tenuta sotto controllo delle autorizzazioni dei propri fornitori in materia ambientale» costituisce petizione di principio</p>	<p>2022 C1: "Struttura organizzativa sottodimensionata per alcune funzioni. Tempistiche di attuazione delle misure a volte più lunghe rispetto alla pianificazione, in parte condizionata dall'emergenza epidemiologica in corso Covid-19." C2: "le tempistiche di attuazione di alcune delle azioni contenute nel piano risentono dell'impatto dell'emergenza epidemiologica ancora in corso. Alcune misure specifiche previste e contenute nel piano sono difficilmente realizzabili per via della ridotta dimensione aziendale." (fonte: Relazione RPCT2021)</p> <p>D1: FORMAZIONE DEL PERSONALE, non è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione. La misura di aggiornamento della formazione al personale è stata prevista e pianificata per i primi mesi dell'anno 2022. (Il Rpct e il suo Referente hanno seguito la formazione obbligatoria e specifica per le figure prevista da Regione Lombardia in tema anticorruzione e trasparenza.)</p> <p>D2: TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) non è stato attivato il sistema informativo dedicato - Le segnalazioni possono pervenire tramite la casella di posta elettronica dedicata e presente sul sito alla sezione Amministrazione Trasparente. È inoltre prevista la possibilità di consegna del formato cartaceo. <u>nessuna segnalazione pervenuta</u> (fonte: Relazione RPCT2021)</p>	<p>***** R2: nessun riscontro di recepimento *****</p>	

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>- tipica del linguaggio di un codice etico - che non integra minimamente un protocollo/procedura per la prevenzione del rischio.</p>			

ALER VARESE

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>2022 A1: MOG (parte generale e speciale) non aggiornato (ult. vers. 2018) e privo di protocolli; il documento "analisi dei rischi" rimanda a verifiche 2018 (ma, in buona sostanza, a 30/6/2017) con "protocolli attivi" (non previsti in MOG parte speciale) per lo più identificati - in rapporto alle singole aree a rischio - con procedure ISO di varia natura, regolamento contabilità, normative di settore, leggi regionali (!), statuto aziendale, codice etico, CCNL, policy (sicurezza informatica e procedura ISO). Conclusione: MOG inesistente/inidoneo, in quanto privo di effettivi protocolli/procedure di prevenzione (grave anomalia che inficia l'intero sistema di prevenzione dei reati, al punto da renderlo meramente formale). Omessa attività di verifica dell'OdV sul contenuto concreto del MOG (idoneità ed efficacia di quest'ultimo).</p> <p>A2: Quanto segnalato al punto precedente trova conferma nella relazione 2019 dove, a p. 1 (OBIETTIVI, n. 2), si legge che sarebbe stata verificata «l'iniziale adeguatezza ed applicabilità reale e concreta del sistema 231 all'interno della struttura, implementando la sua struttura complessiva»: la prima attività non ha portato a rilevare quanto evidenziato in A1, la seconda - peraltro di significato non perspicuo - evoca una "implementazione" che è azione di competenza dell'organo di gestione e non certo di quello di controllo.</p> <p>A3: L'OdV scrive (relazione annuale 2019, p. 2) che la sua attività sarebbe stata «non di semplice realizzazione» perché - tra gli altri - avrebbe operato «solo in regime di prorogatio senza una scadenza e una durata certa» (fatto <u>non</u> riscontrabile nella lettera di risposta del DG dell'ente al Presidente di ORAC); a ciò avrebbe altresì contribuito «il</p>	<p>C1: "L'emergenza epidemiologica Covid-19 ha inciso sulle tempistiche di attuazione di alcune attività pianificate" (fonte: Relazione RPCT2020)</p> <p>D1: non attuate le misure per prevenire il <i>pantouflage</i>.</p> <p>***</p> <p>2022 D1: la Relazione RPCT 2021, ad oggi ancora soggetta ad obbligo di pubblicazione non risulta presente in Amministrazione Trasparente.</p> <p>D2: il PTPCT 2022-2024, ad oggi non risulta presente in Amministrazione Trasparente.</p>		<p>Relazioni RPCT: per il periodo 2017-2019 le relazioni, per la sezione "considerazioni generali" e in parte anche per la sezione "misure anticorruzione" sono sostanzialmente sovrapponibili. Unica modifica per il 2020 è il riferimento all'emergenza Covid. In particolare, in relazione alla Gestione del rischio viene dichiarata: "Integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno" (fonte: <i>Relazioni RPCT - anno 2017, 2018, 2019</i>). "Integrazione tracciata nell'analisi rischi congiunta, è realizzata nello svolgimento di audit interni che verificano l'attuazione di tutte le norme della compliance aziendale" (fonte: <i>Relazione RPCT 2020</i>)</p> <p>2022 Alla data del 14.10.2022 risulta disattesa la pubblicazione sia del PTPCT 2022-2024 che della Relazione del RPCT 2021 – il termine di pubblicazione previsto era il 31.1.2022 (il file attualmente pubblicato e denominato "Copia di Relazione annuale RPC (art. 1, comma 14, L.n.1902012 – 2021", in realtà è la copia del 2020), Questi elementi, sommati a quanto rilevato negli anni precedenti, non fanno emergere un sistema di prevenzione effettivamente presidiato</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>contestuale cambio della figura del referente interno della Legge 231»: si fa notare che il soggetto evocato dall'OdV non è previsto dal d. lgs. n. 231 del 2001.</p> <p>A4: La relazione annuale 2020 ricalca, in parte con le identiche parole, quella del 2019, i cui profili di (grave) criticità sono stati qui evidenziati al punto A3.</p> <p>A5: La relazione annuale dell'OdV ha lo scopo di sintetizzare le principali attività, le criticità rilevate e le raccomandazioni formulate dalla Funzione; destinatari l'organo di gestione e il collegio dei sindaci. Nel concreto: 1) non sono individuati con precisione i destinatari, 2) il contenuto si riduce ad uno stringatissimo (2 pagine per ciascun anno) riassunto di affermazioni che suonano apodittiche, in parte frutto evidente di "copia-incolla" delle relazioni precedenti (il riferimento è ai testi del 2019 e del 2020). Incomprensibili, infine, significato e contenuti della attività di formazione - riservata al personale dipendente - «in ambito 231» posto che, come rilevato (A1), non si riscontra, nell'ente in questione, l'esistenza di un idoneo MOG.</p> <p>A6: Omessa segnalazione della necessità di aggiornare il MOG (ult. vers. 2018).</p> <p>***</p> <p>A1: al 1° semestre 2022 risulta ancora da approvare la parte speciale del MOG (NB: l'OdV è in carica dal 2015: non risulta chiaro quale possa essere stata la sua attività di vigilanza sul MOG se la parte speciale di quest'ultimo non esisteva);</p> <p>A2: dal 2015 ad oggi è insediato lo stesso OdV (che opera in regime di proroga da fine 2018); l'OdV non segnala l'esigenza della nomina di un nuovo Organismo, ma utilizza la "incertezza" della sua durata in carica per giustificare, in più relazioni annuali, palesi inadempienze del proprio operato;</p>			

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni

ALER MILANO

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RCPT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>2022</p> <p>A1: non trasmesse le relazioni annuali per il periodo 2020-2022 dell'OdV;</p> <p>A2: l'analisi del rischio per il MOG è effettuata in termini stereotipati e spesso non è commisurata alla concreta realtà operativa dell'ente; le «attività a rischio» vengono costantemente elencate con formule ripetitive, frutto di evidente “copia-incolla”;</p> <p>A3: la “grammatica” della parte speciale del MOG è più consona a un codice etico che a un modello di organizzazione e di gestione;</p> <p>A4: sulla base di quanto rilevato nel capito 4.3 della Relazione conclusiva di ORAC, il modello risulta non idoneo alla prevenzione dei reati (v. art. 6 comma 1 lett. a del d. lgs. n. 231 del 2001).</p>	<p>2022</p> <p>C1: <i>Gli aspetti che hanno determinato lo stato di attuazione del PTPCT come descritto, sono principalmente riconducibili all'ampiezza ed alla profondità delle tematiche oggetto delle misure nonché, per alcune, al regime normativo transitorio.</i></p> <p>C2: <i>Il principale aspetto critico è talvolta la <u>logica applicata all'attuazione del Piano stesso da parte dei dipendenti legata al mero aspetto formale di adempimento amministrativo.</u> Tuttavia l'azione della formazione e del RPCT contribuiscono alla crescita della cultura aziendale sui temi e alla consapevolezza che il PTPCT costituisce uno strumento di primaria importanza per il contrasto e la prevenzione dei fenomeni corruttivi. Il ricorso intensivo alla <u>modalità di lavoro da remoto</u> ha in taluni casi reso più complessa la comunicazione e lo scambio informativo costante con le funzioni aziendali.</i></p> <p>D1: alcune risposte sembrano far riferimento al 2020 (n.4.A, 6.A, 7.A, 8.A)</p> <p>D2: INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI- <u>non sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità</u>, la misura non era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020 (?), ma prevista nel Piano come Misura generale</p> <p>D3: PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI - Non sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti; sono stati avviati a carico dei dipendenti N.5 procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali</p> <p>D4: TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING) - non è stato attivato il sistema informativo dedicato - Le segnalazioni possono pervenire tramite la casella di posta elettronica dedicata e presente sul sito alla sezione Amministrazione Trasparente. È inoltre prevista la possibilità di consegna del formato cartaceo. <u>nessuna segnalazione pervenuta</u></p> <p>(fonte: Relazione RPCT2021)</p>		<p>2022</p> <p>Non è chiaro se è già stato aggiornato il Codice di Comportamento<i>“In conseguenza della Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche” si suggerisce la possibilità di valutare l’opportunità di aggiornare il Codice Etico vigente con la finalità di distinguere i codici di comportamento, giuridicamente rilevanti sul piano disciplinare, da quelli etici.”</i></p> <p>(fonte: PTPCT 2022-2024)</p>

TERMINOLOGIA:

- *A: anomalie* (sono riferite alla struttura e all'operato dell'OdV)
- *D: disfunzioni* (sono riferite alla struttura e all'operato del RPCT)
- *R: rilievi* (effettuati dall'OdV)
- *C: criticità* (segnalate dal RPCT)

ALER MILANO

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>A1: benché nominato <<con decorrenza 1° giugno 2017>> solo il 22.11.18 si dota di un regolamento interno (tale adozione è passaggio preliminare all'attività di tutti gli OdV).</p> <p>A2: <<chiusura dei lavori di implementazione del MOG>> affidati a un avvocato esterno - su proposta del Presidente dell'OdV - e senza avviso di selezione pubblico (10.12.18). Peraltro, per l'aggiornamento del MOG, l'ente già si era avvalso di un supporto esterno (18.09.17), supporto a cui fa riferimento anche l'OdV in data 24.1.18 (ove si menziona il <<mandato ad un'azienda esterna>>) e, implicitamente, in data 11.4.18. L'attività di adeguamento del MOG denoterebbe <<spunti di intervento e miglioramento>> e pertanto si ricorre ad un altro - e diverso - professionista esterno (l'avv. Aiello, con <<onorario di € 33.000 oltre IVA e spese>>) per <<proseguire nella chiusura dei lavori di implementazione>> (10.12.18 e lettera DG ALER 19.10.20). Inoltre, il fatto che <<implementazione>> e <<aggiornamento>> del MOG appaiano definite - indistintamente - quali prerogative dell'OdV (senza riferimenti all'Organo di gestione) è indice di un assetto aziendale in cui controllo e gestione si sovrappongono, talvolta confondendosi.</p>	<p>D1: Al punto 2.B.6 della Relazione non viene rilevato il verificarsi di eventi corruttivi nel triennio. Tuttavia nella sezione 12 si rileva che nel 2017 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi (art. 319 c.p., artt. 321, 353 c.p.)</p> <p>*****</p>	<p>*****</p>	<p>A2: Risposta del D.G. (pervenuta solo in data 16.11.20) la quale conferma che l'individuazione del professionista - intuito personae - è avvenuta (dicembre 2018), su richiesta del presidente dell'OdV e autorizzata dal presidente di ALER senza previa selezione pubblica; peraltro, le "nuove" motivazioni del D.G. non esplicitano le ragioni per le quali all'<<azienda esterna>> - che aveva curato, nell'anno 2017, e assicurato di completare, per l'estate 2018, l'aggiornamento del MOG - non sia stato affidato quello che, a tutti gli effetti, sarebbe apparso come un "naturale" sviluppo dell'incarico (in precedenza) affidato. Del tutto inconsistente, infine, la motivazione - attribuita al presidente dell'OdV - per la quale l'incarico esterno sarebbe stato necessario <<per garantire la più completa terzietà ed imparzialità del lavoro>>: l'adeguamento del MOG (per sopravvenuti reati-presupposto o mutamenti della struttura dell'ente) e la selezione (nel caso specifico, mai avvenuta) di professionalità esterne sono scelte di esclusiva pertinenza dell'organo di gestione (è superfluo rilevare che, se fosse l'OdV a compiere simili attività, quest'ultimo eserciterebbe improprie attività di gestione).</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>A3: nominato <<formalmente>> (10.12.18) un coadiutore dell'OdV (avvocato esterno: avv. Margiotta) sino al termine del mandato della funzione: l'OdV utilizza il proprio <i>budget</i> per remunerare (€ 10.000 annui) un avvocato che - di fatto - è chiamato a svolgere il ruolo di quarto componente dell'OdV, ma dall'esterno (nonostante la presenza di un legale nell'OdV) e con possibilità di accedere liberamente alle informazioni e alla documentazione di cui dispone l'OdV. Quindi, un quarto componente, nominato dall'OdV e non dall'Organo di gestione.</p> <p>A4: la relazione sul primo semestre 2019 viene inviata con un ritardo di sei mesi (17.12.19); anche la relazione sul primo semestre 2017 patisce un ritardo di quattro mesi (11.4.18).</p> <p>A5: nessuna riunione dopo il 25.07.19 e fino al 17.12.19.</p> <p>A6: fissato un criterio "ad hoc" (24.1.18) per la redazione delle relazioni semestrali che altro non è che la riproposizione delle normali e consuetudinarie pratiche adottate dagli OdV in materia; in realtà, il suddetto "metodo speciale" appare, <i>ex post</i>, come uno scudo per giustificare i ripetuti e gravi ritardi nella presentazione delle relazioni semestrali (cfr. verbale 3.4.2020, p. 3). A riprova di ciò, il D.G. scrive (in data 19.10.2020) che <<la relazione del <u>secondo semestre 2019</u> (...) è ancora in fase di valutazione da parte dell'ODV nella sua nuova composizione>> assicurando che il <<relativo esame è già [<i>sic</i>] stato inserito all'ordine del giorno della prossima seduta dell'Organismo>>.</p> <p>*****</p> <p>R1: aperta istruttoria in materia di operazioni di riciclaggio denunciate dalla stampa (27.09.18), poi chiusa il 25.07.19</p>	<p>C1: Mancanza di un sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato per le segnalazioni whistleblowing</p> <p>*****</p>		<p>A3: Risposta del D.G. (pervenuta solo in data 16.11.20) che richiama una comunicazione del Presidente dell'OdV la quale, a sua volta, rinvia ad un verbale dell'Organismo (n. 47), già esaminato nella presente istruttoria, nel quale la motivazione del ricorso a un professionista esterno (sino al termine del mandato dell'OdV e con retribuzione su base annua) disvela:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'eccentricità di simile scelta rispetto alle "migliori prassi" in materia; 2) l'anomalia della durata dell'incarico (il <<coadiutore>> diviene, di fatto, un quarto membro dell'OdV, seppure formalmente esterno); 3) l'inconsistenza di taluni argomenti addotti quali il <<supporto alle verbalizzazioni e alle relazioni periodiche>> (risulta infatti assegnata all'OdV una risorsa di segreteria; un OdV in composizione collegiale non deve necessitare di <<supporto>> per redigere relazioni periodiche che, peraltro, sono spesso state rassegnate con gravi e ingiustificati ritardi); 4) l'irragionevolezza della procedura: uno dei componenti interni dell'OdV è un legale; qualora la sua professionalità non fosse risultata coerente con quella richiesta dalle attività di verifica <i>ex art. 6 comma 1 lett. b e d</i> del d. lgs. n. 231 del 2001 sarebbe stata doverosa la sostituzione e/o mancata conferma del suddetto; 5) l'assenza totale di trasparenza di una individuazione, anche in questo caso, diretta (<i>intuitu personae</i>) e non tramite avviso/manifestazione d'interesse pubblico. <p>C1: non vi sono riscontri azioni intraprese al 31/12/2019</p> <p>*****</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
<p>R2: ambiente: necessità di bonifica amianto negli stabili di proprietà dell'ente (settembre 2017, gennaio 2018 e, ancora, 1° semestre 2019).</p> <p>*****</p> <p>R3: sicurezza lavoro: problematiche aperte (settembre 2017, 1° semestre 2019). Necessità aggiornamento DVR (aprile 2018).</p> <p>*****</p> <p>R4: necessità di ulteriori presidi nel caso di depauperamento della consistenza patrimoniale dell'ente, <<con particolare riferimento alla attività di incorporazione delle partecipate>> (1° semestre 2018 - 1° semestre 2019).</p> <p>*****</p> <p>R5: da ottenere CPI -certificati prevenzione incendi, anche per sede legale (settembre 2017, aprile 2018)</p>	<p>*****</p> <p>C2: Verifica delle incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali ex D.LGS. 39/2013: non sembra essere stata attuata nel triennio</p> <p>*****</p>	<p>*****</p> <p>R3: parzialmente ottemperato (DVR), al 1° semestre 2019</p> <p>*****</p>	<p>R2: Risposta del D.G. (pervenuta solo in data 16.11.20) che precisa i contenuti del "cronoprogramma" di bonifica - finanziato da risorse regionali del novembre 2016 e del luglio 2019 - il cui "secondo grado" sarebbe attualmente in corso. Non risultano verbali di OdV dai quali desumere che la funzione di controllo abbia compiuto verifiche al riguardo (successivi alla relazione del primo semestre 2019).</p> <p>*****</p> <p>C2: non vi sono riscontri azioni intraprese al 31/12/2019</p> <p>*****</p> <p>R4: Risposta del D.G. (pervenuta solo in data 16.11.20) con cui si attesta: 1) la dismissione delle proprie partecipazioni nell'anno 2019; 2) passaggi di proprietà e liquidazioni di due partecipazioni <<minori>>; 3) aggiornamento sulla fusione per incorporazione di Asset s.r.l. (società in precedenza posta in liquidazione). Non risultano verbali di OdV (successivi alla relazione del primo semestre 2019) dai quali desumere che la funzione di controllo si sia espressa al riguardo</p> <p>*****</p> <p>R5: Risposta del D.G. (pervenuta solo in data 16.11.20) con cui si aggiorna - in maniera dettagliata - circa lo stato di avanzamento dei lavori di adeguamento (programmati su tre livelli di priorità) dei lotti di proprietà di ALER; tali opere (per n. 8 gruppi di lavoro su altrettanti lotti) sono in corso così come quelle per la sede legale di ALER (termine stimato: fine 2021). Quanto al completamento dei lavori</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
			<p>di adeguamento del restante patrimonio è stato richiesto a R.L. apposito finanziamento. Non risultano verbali di OdV dai quali desumere che la funzione di controllo si sia espressa di recente al riguardo.</p> <p>*****</p> <p>Rilevanti anomalie e spiccate criticità nell'attività dell'OdV oltre che nei rapporti tra quest'ultimo e l'organo di gestione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravi ritardi: nell'adozione del regolamento interno e nella presentazione delle relazioni annuali. - Anomalie significative nelle decisioni di: 1) ricorrere a un professionista esterno per attività di supporto, stabile e continuativa, all'OdV, 2) ricorrere a un professionista esterno per adeguare il MOG dopo che tale attività era stata affidata - poco tempo prima - ad un'azienda esterna, 3) individuare i suddetti due professionisti senza avvisi/manifestazione di interesse pubblici; le citate anomalie non vengono giustificate - bensì rese più evidenti - dalla risposta del D.G. del 16.11.2020 alle richieste di ORAC. - Confusa la ripartizione dei ruoli tra ufficio di controllo e responsabilità dell'organo di gestione (l'implementazione del MOG è compito che pare attribuito - erroneamente - al primo). - Le criticità rilevate dall'OdV in taluni settori (v. sub R2, R4 e R5) sembrano essere state prese in carico sviluppando specifici cronoprogrammi di lavori (precedentemente avviati nel biennio 2017-2019) - con finanziamenti da parte di R.L. - tuttora in corso per bonifica amianto (cfr. monitoraggio anno 2019) e ottenimento della certificazione anti-incendi (v. accordo quadro 28.11.2019). L'ente dichiara inoltre di avere (adeguatamente) fronteggiato il problema della gestione patrimoniale delle società controllate (v. sub R4). <p>Per quanto concerne l'attività di verifica dell'OdV, non sono pervenuti (a novembre 2020) verbali che diano atto - dopo la relazione del primo semestre 2019 (rassegnata peraltro con sei mesi di ritardo: 17.12.2019) - dello</p>

Organismo di vigilanza A: anomalie; R: rilievi dell'OdV	RPCT D: disfunzioni; C: criticità segnalate dal RPCT	Recepimenti Organo di Gestione	Osservazioni
			svolgimento di controlli sulle iniziative intraprese dall'ente per fronteggiare/risolvere le suddette criticità.



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

segreteria.orac@regione.lombardia.it
orac@pec.regione.lombardia.it

ALLEGATO C

DELIBERAZIONE N. 20 seduta del 20 dicembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prospero	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione del documento "Servizi di Assistenza Specialistica Odontoiatrica" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 5B del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

L'atto si compone di n. 25 pagine di cui n. 23 pagine allegate quale parte integrante

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, hanno presentato il documento *“Servizi di Assistenza Specialistica Odontoiatrica”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 5B del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 *“Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo”* e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento *“Servizi di Assistenza Specialistica Odontoiatrica”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 5B del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



OB. 5B PdA Orac 2021/2022 – Pianificazione delle attività relativamente alle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale - art. 1 ed art. 3 comma 1 lett. c), l.r. 13/2018 – servizi di assistenza specialistica odontoiatrica.

Relazione conclusiva

Servizi di assistenza specialistica odontoiatrica

Sommario: **1.** Premessa e obiettivo del Piano delle Attività; **2.** Inquadramento normativo; **2.1.** I LEA: Livelli Essenziali di Assistenza; **2.2.** I Livelli Essenziali di Assistenza definiti con DPCM 12 gennaio 2017; **3.** I Services odontoiatrici in Lombardia; **4.** Il caso “Odos” e i services odontoiatrici dopo il 2018; **5.** Evidenze emerse; **6.** Conclusioni e raccomandazioni.

1. Premessa e obiettivo del Piano delle Attività.

L'obiettivo 5 del Piano delle Attività è diretto alla verifica delle procedure di acquisto e alla valutazione della trasparenza, legalità, prevenzione del rischio corruttivo e della criminalità in relazione ai contratti stipulati dalla Giunta regionale e dagli Enti del Sireg.

Lo sviluppo dell'obiettivo ha previsto due approfondimenti che interessano gli enti del servizio sanitario regionale: uno dedicato agli appalti per lo smaltimento di rifiuti (lett. a) e l'altro agli appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica (lett. b).

Le istruttorie dell'obiettivo sono iniziate nel 2020 e sono state esperite solo parzialmente, poiché gli interlocutori – la Direzione Generale Welfare e gli enti del servizio sociosanitario regionale – sono stati fortemente impegnati nel contrasto all'emergenza pandemica. L'attività è ripresa e si è svolta a partire dal primo semestre del 2021.

Per quel che concerne gli appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica, l'attività è stata avviata con l'approntamento di uno studio introduttivo di analisi del quadro normativo e regolamentare che disciplina la materia. Sono stati dunque analizzati, in relazione ai livelli essenziali di assistenza (LEA), i criteri e i limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica con spesa totalmente o parzialmente a carico del servizio sanitario nazionale.

Per meglio indagare le criticità del sistema e al fine di approntare delle possibili raccomandazioni volte ad una revisione del regime assistenziale, si è ritenuto utile avviare un approfondimento sui modelli organizzativi adottati dalle aziende ospedaliere lombarde per erogare le prestazioni odontoiatriche, effettuando anche un confronto con i modelli adottati in altre esperienze regionali.

È stato inoltre analizzato il nesso tra le scelte operative effettuate dagli enti sanitari e le possibili ricadute sul sistema di assistenza in generale.

Il lavoro ha preso avvio dalla raccolta delle osservazioni contenute nella Relazione conclusiva del 2016 della Commissione di inchiesta di Regione Lombardia, Presieduta dal Generale Forchetti e composta dalla dott.ssa Redaelli e dall'avv. Vivone, istituita a seguito di una nota vicenda di *maladministration* degli appalti relativi alla assistenza specialistica odontoiatrica.

Sul punto è intervenuto anche il monitoraggio della Direzione Generale Welfare sulla attuazione del piano di intervento formulato dalla citata Commissione di inchiesta, formulando azioni a breve, medio e lungo termine.

Lo studio dell'Organismo ha anche seguito l'evoluzione della situazione inerente al fallimento di una società che aveva gestito il servizio odontoiatrico in diverse aziende sanitarie lombarde (caso esaminato da Orac anche in relazione alle pratiche scaturite dalla presentazione di segnalazioni).

L'attività è proseguita nel secondo semestre del 2021 e durante il 2022 con ulteriori approfondimenti istruttori, al fine di redigere una relazione sulla verifica della correttezza e regolarità delle procedure di acquisto di beni e di servizi inerenti all'attività odontoiatrica, al fine di indicare metodologie e *best practices* destinate a mitigare i rischi connessi alla gestione di tali contratti.

2. Inquadramento normativo

2.1. I LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.

Il servizio sanitario nazionale italiano dedica risorse limitate all'assistenza odontoiatrica, in linea con quanto generalmente avviene a livello europeo.

Ciò determina evidenti implicazioni sistematiche di ordine sanitario e sociale, riverberantesi sulla qualità della vita dei cittadini, con particolare riferimento a chi, per ragioni economiche, non può accedere a prestazioni e servizi resi in regime di solvenza.

Il DPCM 29.11.2001, avente ad oggetto la definizione dei livelli essenziali di assistenza, ha definito la erogabilità delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale fissando i seguenti 4 livelli assistenziali:

- (i) Prestazioni garantite a tutti dal Servizio sanitario nazionale (salva la compartecipazione alla spesa, nei casi previsti). Rientrano in tale nozione, a titolo di esempio: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera;
- (ii) Prestazioni **totalmente escluse** dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in quanto non soddisfacenti i principi di efficacia e appropriatezza. Rientrano in tale nozione, a titolo di esempio e tra le altre: la chirurgia estetica, le medicine non convenzionali e, in Lombardia, varie prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale;
- (iii) Prestazioni **parzialmente escluse** dai Livelli Essenziali di Assistenza, cioè erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Rientrano in tale nozione, tra le altre: la medicina fisica e riabilitativa e, appunto, per quel che qui interessa, **l'assistenza odontoiatrica**;
- (iv) Prestazioni **incluse** nei Livelli Essenziali di Assistenza, ottenibili secondo particolari modalità erogative.

In particolare, l'Allegato 2B al DPCM citato individuava l'assistenza odontoiatrica nella categoria delle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale "**secondo**

specifiche indicazioni cliniche", con rinvio a quanto previsto all'art. 9, co. 5, D.lgs. n. 502/1992 (cd. *Riordino della disciplina in materia sanitaria*).

In base a tale norma, l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, rientra tra le prestazioni aggiuntive – non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate – erogate da professionisti e da strutture accreditati.

Ne consegue che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN è limitata:

- (i) ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni): gli stessi comprendono il monitoraggio delle carie e malocclusioni, il trattamento della patologia cariosa, la correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio;
- (ii) all'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, sia di ordine sanitario (secondo criteri ascendenti e discendenti) che sociale, derivante spesso dalla mancanza o insufficienza di reddito.

Sono, però, sempre **esclusi** i manufatti protesici, il cui costo è a carico dell'utente. A tutti i cittadini, comunque, devono essere garantiti:

- a) la visita odontoiatrica ai fini della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
- b) il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (infezioni acute, dolore acuto etc).

Anche la Regione Lombardia è intervenuta sulla materia – con DGR n. VIII/3111 del 1.8.2006 – al fine di specificare i criteri, clinici e socio-economici, per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale della assistenza odontoiatrica in regime ambulatoriale, riservata ai pazienti residenti in Regione Lombardia (è esclusa dunque la mobilità).

Viene anche prevista dalla DGR n. 10946 del 30.12.2009 l'erogazione di un contributo economico, a favore di famiglie con figli di età compresa tra i 10 e i 16 anni bisognevoli di cure di tipo ortodontico, per l'acquisto di apparecchi fissi e mobili, ma solo in relazione a trattamenti effettuati presso strutture accreditate per la chirurgia maxillofacciale ed odontostomatologica.

Il provvedimento prevede, infine, che le strutture accreditate con il Servizio Sanitario Regionale assicurino il trattamento delle emergenze algiche, di quelle legate a processi infiammatori acuti e a quelle relative a traumi dentali.

Il Piano sociosanitario regionale 2010-2014 (approvato con D.G.R. n. 88 del 17.11.2010) dedica poi un apposito capitolo alle cure odontoiatriche, ripreso nel 2013 dalla Giunta Regionale, la quale, con deliberazione n. 1185, al capitolo 6.1.2. *"attività di ricerca sanitaria a supporto dell'evoluzione del SSR"* prevede il sostegno a progetti *"volti allo sviluppo dei servizi territoriali, anche di odontoiatria sociale"*.

Con DGR n. 1364 del 14.2.2014, infine, richiamato il principio di uguaglianza nel diritto di accesso alle cure – inciso dal dato che oltre il 90% delle cure odontoiatriche viene erogato in regime privato con costi elevati per l'utente, essendo l'offerta pubblica poco presente e i criteri di accesso molto restrittivi – si approva il progetto sperimentale di ricerca *"Valutazione comparativa di modelli gestionali per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche e proposta di odontoiatria sociale di qualità nell'età geriatrica"* della durata di 36 mesi, proposto dall'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) di Milano, con stanziamento della somma complessiva di 483.000 euro (progetto esaminato dalla Commissione d'inchiesta già citata in premessa, nella relazione stralcio del 13.05.2016).

2.2. I Livelli Essenziali di Assistenza definiti con DPCM 12 gennaio 2017.

Il DPCM del 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, co. 7, D. Lgs. 502/1992 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria*) ha ridefinito e aggiornato i livelli essenziali di assistenza; l'allegato "4C" al decreto specifica i *"Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche"*.

Il decreto individua le prestazioni da erogare alla *"generalità della popolazione"*.

In particolare, nel testo si specifica che sono garantite a tutti i cittadini le seguenti prestazioni odontoiatriche:

- (i) visita odontoiatrica, ciò anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
- (ii) trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche.

Rilevato che la normativa nazionale riconosce l'assistenza odontoiatrica a carico del Servizio Sanitario Nazionale per programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e per assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, il decreto ne individua i criteri con cui definire puntualmente le condizioni di erogabilità.

Il DPCM dispone l'avvio di programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva (0-14 anni) i quali prevedano monitoraggio della carie e delle malocclusioni, il trattamento della patologia cariosa, correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio.

Detti interventi, tramite l'offerta attiva da parte del Servizio Sanitario Nazionale, dovranno consentire di giungere alla diagnosi precoce delle patologie, con particolare attenzione ai bambini provenienti da contesti socio-economici di presunta problematicità, segnalati come soggetti che presentano maggiori problemi di accesso alle cure necessarie.

Per quanto attiene all'assistenza odontoiatrica e protesica alle determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, il DPCM individua due distinte tipologie di vulnerabilità:

- *Vulnerabilità sanitaria*: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;

- *Vulnerabilità sociale*: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

Conviene soffermarsi sul concetto di **vulnerabilità sanitaria**.

Per definire tale particolare condizione sono adottati due criteri distinti:

- (i) il primo criterio (cd. **criterio “ascendente”**) prende in considerazione *le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica;*
- (ii) il secondo criterio (cd. **criterio “discendente”**) prende in considerazione *le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.*

In ogni caso, la vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta ai “cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio “discendente”), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi *quoad vitam* del soggetto.”

Nello specifico, il DPCM in commento ha individuato 5 categorie di soggetti per i quali deve essere sempre garantito l’accesso alle cure odontoiatriche coperte dal SSN:

- (i) pazienti in attesa di trapianto e post- trapianto (escluso trapianto di cornea);
- (ii) pazienti con stati di immunodeficienza grave;
- (iii) pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
- (iv) pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
- (v) pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell’emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

A tali soggetti, considerati versanti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell’assistenza specialistica ambulatoriale, con l’esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

Diverso, invece, il concetto di **vulnerabilità sociale**: l’impiego di tale termine è finalizzato a programmare una politica di salvaguardia dei soggetti in condizione di esclusione sociale.

La condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale, impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche. Ciò, oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private.

Il DPCM individua tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

- (i) situazioni di esclusione sociale (indigenza);
- (ii) situazioni di povertà;
- (iii) situazioni di reddito medio/basso.

È demandata alle Regioni ed alle Province autonome la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socioeconomica (tra i quali, ad esempio, l'indicatore ISEE) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale, da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Devono comunque essere garantite ai soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilità sociale una serie di prestazioni, elencate nel citato allegato 4C del decreto. Tra esse vi rientrano: visita odontoiatrica, estrazioni dentarie, otturazioni, ablazioni del tartaro, applicazione protesi rimovibili (per cui è escluso il costo del manufatto protesico), applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (sempre escluso il costo del manufatto) ed apicificazione per i soggetti 0-14 anni.

3. I Services odontoiatrici in Lombardia.

A seguito delle note indagini circa ipotesi delittuose concernenti la corruzione e la turbativa d'asta nell'ambito di appalti aggiudicati da enti pubblici ed aziende ospedaliere lombarde relativamente a servizi odontoiatrici esternalizzati, il Segretario Generale della Presidenza della Giunta regionale, con decreto n. 984 del 16.02.2016, disponeva la costituzione di una Commissione d'Inchiesta. Ciò al fine di accertare se le procedure amministrative poste in essere dalle Aziende sanitarie pubbliche coinvolte nelle indagini fossero state espletate nel rispetto delle norme

amministrative e contabili della pubblica amministrazione e del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

La Commissione ha rilasciato in data il 30.06.2016 la relazione conclusiva, dalla quale si evince quanto segue.

Le aziende ospedaliere lombarde, dopo il 2001, hanno erogato le prestazioni odontoiatriche attraverso diversi modelli organizzativi, a volte concomitanti:

- (i) con risorse strutturate proprie (locali, attrezzature, personale), con l'acquisto sul mercato dei soli manufatti;
- (ii) attraverso il sistema della specialistica ambulatoriale gestita da specialisti ambulatoriali (cd. *Sumaisti*);
- (iii) mediante il ricorso al sistema di *service*.

Nel caso di ricorso prolungato a *service* l'azienda si è via via deprivata di risorse professionali strutturate, trattandosi questo, come noto, di un modello di erogazione del servizio che ne comporta l'esternalizzazione.

In particolare, il **global service** è un istituto di origine anglosassone, deputato alla gestione e manutenzione di patrimoni immobiliari. Ai sensi della normativa UNI 10685/98, il *global service* è definito come un "*contratto basato sui risultati, che comprende una serie di servizi sostitutivi delle normali attività di manutenzione, con piena responsabilità dei risultati da parte dell'assuntore*".

L'obbligo di risultato, elemento caratterizzante il negozio in discorso, ha indotto un certo filone interpretativo ad assimilare il contratto di *global service* a quello di appalto (vedasi, ad esempio, CdS, sez VI, n. 4292/2006), con fondamenti normativi rinvenuti negli artt. 11 e 1322 c.c., a mente dei quali, gli enti pubblici, in quanto dotati di capacità giuridica di diritto privato, possono stipulare contratti atipici.

Tale istituto ha dunque trovato, negli ultimi decenni, una applicazione più estesa anche nella pubblica amministrazione, ed è dalla giurisprudenza ricondotto alla categoria dei contratti misti (lavori, fornitura e servizi).

Si tratta, in altri termini, di un contratto che presenta elementi propri di differenti negozi giuridici, tutti volti al perseguimento di un unico risultato finale, e cioè la gestione efficiente di un bene o di un'attività propria del committente. Nel caso di

contratti misti, come noto, le diverse figure contrattuali perdono la propria individualità presentandosi come un insieme inscindibile.

Il codice dei contratti disciplina i contratti misti: art. 14 D. Lgs. 163/2006 e art. 28 D. Lgs. 50/2016, cd. *Codice dei contratti pubblici*, non applicabile, *ratione temporis*, alle vicende in discorso.

In particolare, ai sensi del citato art. 14, quando i lavori, come nei casi in esame, sono accessori (anche se economicamente prevalenti) rispetto ai servizi e forniture, trova applicazione la disciplina sui servizi e forniture. Ciò però non esime la stazione appaltante dal richiedere che i medesimi lavori, anche se accessori e di rilievo economico inferiore al 50% dell'importo dell'appalto, vengano, in ogni caso, a essere eseguiti da soggetti muniti della relativa qualificazione, prevista ai sensi del D.P.R. 25.1.2000, n. 34.

A tal proposito, infatti, l'art.15 del D. Lgs n. 163/06 prevede che l'operatore economico che concorre alla procedura di affidamento di un contratto misto, deve possedere i requisiti di qualificazione e capacità prescritti dal presente codice per ciascuna prestazione di lavori, servizi o forniture (e tale adempimento è ugualmente richiesto sotto la vigenza del nuovo Codice dei contratti pubblici).

La Corte dei conti, sez. giurisdizionale della Lombardia (sentenza n. 804 del 2005) giudica illegittima l'individuazione dell'assuntore senza richiedere al medesimo la qualificazione in relazione alla componente lavori, demandando poi a quest'ultimo - come vedremo invece avvenire nei casi in esame - il compito di selezionare, a sua volta, l'esecutore degli interventi; in tal modo la PA delegherebbe le funzioni di stazione appaltante in violazione dell'art. 33, comma 3, del d.lgs n. 163/2006.

Risulta dunque chiara la struttura dei *services* odontoiatrici al tempo dell'intervento della Commissione d'inchiesta.

I contratti dei servizi osservati in sede ispettiva da Regione Lombardia (ASST Vimercate e Desio; ASST Nord Milano ex ICP; ASST Niguarda) presentavano caratteristiche strutturali comuni, di seguito riassunte nel seguente modello tipico.

L'Azienda Ospedaliera (AO), titolare dell'accreditamento dell'attività odontoiatrica, porta "in dote" al negozio:

- i locali (centri di odontoiatria) con relative autorizzazioni e accreditamento, come dotati di apparecchiature ed attrezzature, da sostituire in tempi programmati a cura dell'assuntore;
- il contratto in essere con l'ASL per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di odontoiatria;
- il Nomenclatore Tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime di SSR;
- Il tariffario solventi aziendale, anche per fornitura di manufatti protesi ed ortodontici, allegato al capitolato di gara. Sono presenti nei capitolati clausole che facoltizzano l'AO ad apportare variazioni a dette Tariffe solventi. La somministrazione agli utenti di questionari per la verifica del gradimento del servizio;
- il coinvolgimento di risorse interne, tra le quali il direttore esecutivo del contratto (DEC), per i profili sanitari e clinici, nonché un Odontoiatra supervisore, due odontoiatri coadiutori del supervisore, nonché referenti infermieristici;
- la "soluzione" applicativa per la gestione delle agende, la pianificazione degli appuntamenti e l'emissione della documentazione contabile, secondo regole e standard in essere presso le strutture ambulatoriali aziendali;
- la scheda "obblighi connessi alla sicurezza" ex D. Lgs. 81/2008;
- la regolazione dei pagamenti e della presentazione delle fatture.

L'attività odontoiatrica sul paziente non è consentita in mancanza di avvenuto pagamento del corrispettivo per le prestazioni e, in caso di finanziamento, dopo che lo stesso sia stato erogato dall'istituto di credito o società finanziaria.

Tutto quanto incassato dall'aggiudicatario (assuntore) presso i propri sportelli CUP deve essere versato su un conto corrente di tesoreria dell'AO. In particolare, l'assuntore effettua, per le differenti prestazioni (ambulatoriale, prestazioni in regime di solvenza e Manufatti) fatture per l'importo al netto di una percentuale fissa (le quali rappresentano le *royalties* a favore di AO) e dello sconto praticato in sede di gara.

L'Azienda Ospedaliera poi liquida tali fatture "all'esito del giudizio di accettabilità" per il tramite di Finlombarda S.p.a. (cui le aziende lombarde hanno conferito

mandato irrevocabile per l'esecuzione dei pagamenti). È previsto, con l'emissione di fatture elettroniche, il rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti da parte della PA ai sensi dell'art.25 del DL n. 66/14 e della legge 136/2010.

È, infine, prevista la copertura civile dei danni da attività da parte (RCT e RCO) dell'assuntore.

L'assuntore, di contro, assume col contratto la responsabilità di esecuzione complessiva del servizio affidato. In particolare:

- effettua opere di adeguamento/ampliamento dei locali;
- dota i locali (centri) di attrezzature, apparecchiature e arredi (subito o, in tempi programmati, in via di sostituzione di quelli esistenti);
- acquista e fornisce all'utenza i manufatti protesici e ortodontici e di materiale specifico per l'implantologia;
- fornisce all'AO in comodato gratuito materiali odontoiatrici, apparecchiature e attrezzatura varia;
- fornisce le risorse professionali, dotate degli specifici requisiti; i rapporti tra assuntore e specialisti sarà regolato da un contratto per incarico libero-professionale, con oneri interamente a suo carico (idem nel caso di avvalimento di personale dipendente o convenzionato con l'AO);
- mette a disposizione per l'esecuzione del contratto un responsabile medico (che controlla l'appropriatezza delle prestazioni, ha la responsabilità della tenuta della cartella sanitaria odontoiatrica etc.), un referente amministrativo, un referente della gestione del personale, un referente degli approvvigionamenti;
- assicura l'attività di sterilizzazione, sanificazione, pulizia e di gestione del CUP;
- assicura la manutenzione ordinaria e straordinaria di opere edili ed impianti.

È dunque possibile chiarire, in un siffatto modello, quali siano **i costi che gravano sull'utenza.**

Per le prestazioni erogate in regime di Servizio Sanitario Regionale, il costo per l'utente è determinato come sommatoria di:

- costo della protesi/manufatto- come da Tariffario solventi aziendale;

- atto medico: prestazioni del nomenclatore regionale in base alle regole sulla compartecipazione (ticket).

Per le prestazioni erogate in regime di solvenza, invece, il costo per l'utenza è la sommatoria di:

- costo della protesi/manufatto - come da tariffario solventi aziendale;
- atto medico: tariffe delle prestazioni, come da tariffario solventi aziendale.

Si comprende anche come siano **gestite le prenotazioni** e come, più in generale, sia **articolato il servizio**: ogni centro odontostomatologico ha uno sportello CUP (Centro Unico Prenotazioni) - connesso a quello informatico aziendale - attraverso il quale viene garantita la prenotazione. Il servizio di prenotazione è estensibile anche a tutte le prestazioni prescritte a completamento del percorso di cure (es. prestazioni di radiologia). A tal fine l'aggiudicatario può prenotare su agende aziendali e agende riservate, con spazi dedicati.

Dopo la prenotazione (della sede in caso LEA o dello specialista in caso di solvenza), è prevista:

- la prima visita (il paziente si presenta munito di impegnativa nel caso di SSR o di prescrizione odontoiatra di fiducia in caso di solvenza) serve per effettuare piano terapeutico/protetico;
- altre visite;
- piano protesico: non attuabile prima dell'approvazione da parte del paziente del preventivo di spesa fornito dall'odontoiatra;
- altre visite e completamento piano trattamento terapeutico.

Tutte queste fasi e prestazioni devono essere obbligatoriamente rendicontate e riportate sulla cartella sanitaria Odontoiatrica.

Il servizio dev'essere reso secondo gli *standard* di qualità ricavabili dalle "Raccomandazioni cliniche di odontostomatologia" emanate dal ministero salute nel 2014.

La responsabilità per i servizi resi nei confronti dell'utenza è sempre in capo all'AO, titolare dell'accreditamento e dell'attività. L'assuntore è responsabile nei confronti dell'AO e per i danni verso la stessa o terzi.

Infine, per quanto attiene ai **controlli**, è possibile rilevare che, al di là dei controlli relativi all'esatta esecuzione del contratto (*in primis* affidati al DEC), sulle prestazioni e sui servizi sanitari opera il regime ordinario dei controlli affidato alle ATS, sulle unità d'offerta accreditate e contrattualizzate. Detti controlli, sinora svolti dai NOC aziendali (Nuclei Operativi di Controllo), operanti all'interno del PAC aziendale, sono volti alla verifica sia dei requisiti di operatività (strutturali e organizzativi), sia della qualità ed appropriatezza delle prestazioni a carico del SSR.

È da rilevare che la maggior parte delle prestazioni e dei servizi fatturati dai service esaminati sono "extra LEA", in regime di solvenza, e dunque per gli stessi non ha operato un sistema di controlli strutturato.

Le risultanze dell'attività ispettiva condotta dalla commissione regionale, unitamente agli esiti delle verifiche condotte dal gruppo di consulenti dalla stessa utilizzati, hanno consentito, l'elaborazione di un articolato piano di intervento a breve, medio e lungo termine.

4. il caso Odos e i service odontoiatrici dopo il 2018 (gara aggregata Niguarda).

Nel settembre 2018 (cfr. Delibera n. 867 del 2018), la **ASST Niguarda** - in qualità di capofila per conto di sette Aziende sanitarie - ha indetto una **procedura di gara aperta aggregata per il servizio ambulatoriale di assistenza specialistica odontoiatrica**, il cui lotto n. 1 è stato aggiudicato ad Odos Service Srl.

Il disciplinare di gara prevedeva che, durante il periodo di vigenza dei contratti, le Aziende aggregate per la procedura e le ASST e Fondazioni di Milano e provincia elencate (ASST Santi Paolo e Carlo; ASST Ospedale Fatebenefratelli Sacco; ASST Gaetano Pini; ASST Rhodense; ASST Legnano; ASST Lodi; ASST Ovest Milanese; ASST Bergamo Est; AREU 118; Fondazione IRCSS Istituto Nazionale Tumori; Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta; Fondazione IRCSS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; ASST Franciacorta) avrebbero potuto procedere alla stipula di contratti con le imprese aggiudicatari al prezzo offerto in gara.

Tale gara ricomprendeva 10 lotti di cui quelli divenuti di interesse anche per la ASST di Vimercate, a seguito dell'annullamento della aggiudicazione del 2016 della gara aggiudicata ad un RTI composto da Elledent srl (poi Implanta Lab – successivamente fallita- mandante) e Servicedent (mandataria).

La ASST di Monza aveva aderito all'annullamento della procedura di gara decisa dalla ASST di Vimercate, disponendo altresì la contestuale proroga del contratto in corso sino al 31 dicembre 2017.

L'annullamento in argomento era derivato dalle note vicende giudiziarie coinvolgenti, in particolare, Servicedent di cui Odos è risultata assuntore con continuità aziendale indiretta nell'ambito della procedura fallimentare riguardante appunto Servicedent e Implanta.

Il contratto, originariamente affidato in un unico lotto, nella nuova gara è stato così suddiviso in tre lotti: uno d'interesse della ASST di Monza e due della ASST di Vimercate oltre a un lotto aggiuntivo riferito al contratto di Lissone e Macherio.

La possibilità di adesione da parte delle ASST e Fondazioni alla gara aggregata tuttavia non avrebbe potuto comportare un aumento superiore al 100% del valore complessivo dei contratti stipulati dopo la procedura.

La vicenda ha un momento di svolta verso la fine del 2020. Infatti, in data 27 ottobre 2020, la società Odos Service srl presentava al Tribunale di Monza istanza di fallimento (cd. autofallimento). Il giorno successivo 28 ottobre 2020, veniva dichiarato il fallimento della società (sentenza, terza sezione civile fallimentare n. 105).

Il giorno successivo alla data della sentenza di fallimento, l'ASST Fatebenefratelli Sacco ha notificato risoluzione del contratto in danno per gravi inadempienze verificatisi nel corso dell'esecuzione del contratto di subentro con Odos Service Srl stipulato a seguito del Concordato con continuità di Servicedent con scadenza 30 novembre 2021.

Il contratto sottoscritto con ODOS dall'ASST Rhodense è invece scaduto il 30 ottobre 2020.

Il 9 novembre 2020 il giudice delegato, sulla base di un'istanza formulata dal curatore, autorizzava lo stesso alla stipula del contratto d'affitto di azienda "con la

società che verrà all' uopo costituita e nei termini dettagliatamente illustrati nella bozza di contratto che si allega al provvedimento”.

Il curatore aveva, infatti, motivato la richiesta di autorizzazione sostenendo che la stipula del contratto d'affitto di azienda avrebbe consentito la salvaguardia almeno in parte dei posti di lavoro, la garanzia dei servizi essenziali nell'interesse dei pazienti e la conservazione dell'immagine dei presidi ambulatoriali.

Su richieste delle aziende coinvolte e stante la delicatezza della vicenda e delle ricadute assistenziali sul sistema, la Direzione Generale Welfare ha aperto un Tavolo di confronto che è esito in un parere, rivolto alle Aziende Socio-Sanitarie interessate e condiviso dall'avvocatura regionale e dalla UO Sistema dei Controlli, reso dal consigliere giuridico della DG Welfare Avv. Vivone, di cui se ne riassumono in seguito i tratti essenziali.

Ai fini della decisione, che ciascuna singola azienda coinvolta doveva assumere in ordine alla proposta della curatela (di subentro da parte del Niguarda e FBF nel contratto ceduto, col relativo ramo d'azienda, dal fallimento ad una nuova società e di adesione postuma delle ASST Rhodense, Monza e Vimercate, al lotto aggiudicato dal Niguarda ad Odos e dunque al cessionario) si è ritenuto necessario affrontare almeno le seguenti questioni giuridiche, e poi svolgere valutazioni di merito e convenienza, di competenza diretta delle Aziende Socio-Sanitarie medesime.

Le questioni giuridiche per semplicità e comodità di lettura sono state riferite a ciascuna azienda o gruppo di aziende, essendo molto diversificate le relative posizioni.

In particolare, per quello che ha riguardato la Asst Niguarda, la curatela, col suo legale, ha evidenziato che, essendo stata l'aggiudicazione disposta ai sensi del nuovo codice dei contratti nel 2018, fosse pacifica la riferibilità della posizione al terzo comma dell'art. 110 cod. contratti, il quale, come noto, ammette la prosecuzione del rapporto in caso di fallimento se il Giudice delegato ha autorizzato l'esercizio provvisorio.

La prima osservazione riguardava la non ricorrenza della condizione descritta dal menzionato art. 110, in quanto dalla sentenza di fallimento non risulta autorizzata

alcuna gestione provvisoria, per mancanza dei necessari mezzi finanziari. Il Giudice delegato, però, aveva chiarito che l'affitto del ramo d'azienda autorizzato costituisce una forma indiretta di esercizio provvisorio.

La seconda osservazione concerneva la stipula del contratto, mai avvenuta a distanza di molto tempo dall'aggiudicazione e nonostante i solleciti dell'ASST che ha anche proceduto al tentativo di escussione della fidejussione provvisoria (sul punto l'azienda deve concludere gli accertamenti legali per capire il perché l'escussione non sia stata operata ed eventuali responsabilità e rimedi). Sul punto si è preso atto di quanto riferito dal legale della curatela: "all'affittuario dell'azienda verrà ceduto anche il diritto alla stipula del contratto con la ASST Niguarda". La mancata revoca dell'aggiudicazione da parte della stazione appaltante renderebbe esposta a censure una eventuale tardiva azione di autotutela.

La terza osservazione concerneva il possesso dei requisiti generali in capo all'affittuario, che avrebbero potuto essere incisi dalle contestazioni operate, su contratto analogo dal FBF-Sacco, anche se poi culminate in un atto di risoluzione per danni inefficace. Il legale della curatela ha chiarito che "l'affittuario acquisisce il complesso dei beni aziendali e ciò lo mette nelle condizioni di potersi giovare dei requisiti e delle referenze in relazione al compendio aziendale con ciò però intendendosi i soli requisiti di capacità finanziaria e tecnica, mentre egli eserciterà l'attività in nome proprio, avvalendosi quindi dei propri requisiti di ordine generale e morale". Tale prospettazione non è apparsa però coerente con quanto deliberato da ANAC nel parere pre-contenzioso n. 244 del 15 marzo 2017: "La stazione appaltante dovrà pertanto **verificare l'idoneità del cessionario**, e quindi i requisiti di qualificazione previsti per la partecipazione alla gara (ovvero requisiti generali e requisiti di ordine speciale), che devono permanere per l'intera durata del contratto. Dovrà inoltre verificare i requisiti di carattere generale dell'impresa cedente, al fine di accertare che la cessione non sia diretta ad eludere l'applicazione del codice".

Dunque, in caso di subentro, la stazione appaltante avrebbe dovuto comunque verificare il possesso in capo all'affittuario dei requisiti di legge (compresa regolarità DURC).

V'è, comunque, una questione che non pareva superabile: la indisponibilità del subentrante a farsi carico degli investimenti previsti nel contratto da cedere, e ciò in contrasto, col divieto di apportare, in caso di modificazioni soggettive del contratto, modifiche sostanziali al contratto, ai sensi dell'art.106 comma 1 lettera d del codice contratti. Ostacolo che avrebbe potuto rimuoversi solo con l'intervento della curatela.

Per quel che ha riguardato la posizione della Asst Fatebenefratelli Sacco, valevano le osservazioni mosse a proposito della Asst Niguarda, con la complicazione data dall'incertezza relativa al regime da applicare (vecchio o nuovo codice).

Sul punto si è osservato che "Per ciò che riguarda il contratto con il FBF, anche se si dovesse ritenere che allo stesso non sia applicabile l'art. 110 comma 3, essendo stato il contratto stipulato sulla base del precedente Codice dei Contratti pubblici, ciò non significherebbe necessariamente che il contratto viene meno con il fallimento di Odos, visto che il Giudice delegato ha espressamente autorizzato l'affitto dell'azienda, proprio per dare continuità alla stessa". Anche per questa azienda l'ostacolo al subentro era dato dalle modificazioni all'assetto negoziale vietate dal codice, e anche questa azienda avrebbe dovuto, come il Niguarda, svolgere accertamenti in fatto e diritto su tale punto con l'ausilio dei propri legali.

Infine, per quel che riguarda le Aziende di Vimercate, Monza e Rodhense, si è accertato che le stesse non avevano alcun obbligo di adesione postuma ad uno dei lotti aggiudicati dal Niguarda, essendo i loro contratti scaduti.

Il legale della curatela segnalava che l'adesione a lotto diverso da quello assegnato ad Odos sarebbe risultato diseconomico in quanto l'altro aggiudicatario ha proposto un'offerta (sconto) meno vantaggiosa.

In disparte della non necessità di aderire necessariamente al lotto Odontocoop, potendo, le aziende gestire provvisoriamente in proprio il servizio o affidarlo tramite una gara ponte in attesa dell'espletamento di una gara centralizzata, la questione d'interesse consisteva nella adesione postuma, la quale confliggeva con il terzo comma dell'art 110 cod contratti e con la ratio sottesa: il favor prosecutionis

(ovviamente nei rapporti già attivi al momento del fallimento), mentre con l'adesione postuma si amplierebbero volumi e anche i contraenti, il che non pare consentito.

Inoltre, il legale della curatela ha ritenuto che il contratto con le sue clausole di adesione consentisse l'impiego del raddoppio dei volumi complessivi, ma, al contempo, è sembrato opportuno precisare che la saturazione dei volumi andasse misurata per lotti e non complessivamente, anche in ragione del fatto che la capacità tecnica e finanziaria era stata verificata su un lotto (con volumi raddoppiabili) ma non su volumi da moltiplicare.

In conclusione, il subentro nel contratto del Niguarda e del FBF trovava, ad avviso del consulto legale, l'ostacolo nella mancata presa in carico degli investimenti da parte dell'affittuario, il che avrebbe comportato una inammissibile modificazione del contratto originario.

5. Evidenze Emerse.

Il Gruppo di Lavoro dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, interessato al tema nell'ambito dell'Ob. 5 dei PdA 2021 e 2022, ha audito in più occasioni un Teams di professionisti della Asst di Bergamo, al fine di ottenere dei chiarimenti circa la sostenibilità finanziaria e circa la qualità dei services odontoiatrici; oltre che per comprendere se vi siano alternative al modello del service per l'odontoiatria extra LEA.

In particolare, il GdL di Orac ha compiuto una analisi storica e normativa dell'esperienza in discorso, tentando così di evidenziare luci, ombre e potenzialità del sistema. Si è infatti richiamata l'esperienza di "Smile", del gestionale basato sul service e dunque monopolizzata da una sola impresa, e la chiusura di quella esperienza con la richiesta della commissione di indagine, la quale ha concluso con una serie di raccomandazioni indirizzate alle Aziende Socio-Sanitarie e finalizzate a rendere più trasparente il sistema di appalto di gestione dei servizi in commento, con delle regole afferenti ai temi delle tariffe, dei rapporti istituzionali etc.

Senonché si è in seguito verificata la complessa vicenda di Odos service s.r.l., prima esposta nei suoi tratti essenziali, la quale – forse anche per cattiva gestione o per scarsi margini di remuneratività – ha portato al fallimento. Da tale esperienza sono derivate le citate conseguenze, assorbite da Regione Lombardia in parte con l'affidamento dell'appalto con il soggetto subentrato e in parte con le cinque aziende che hanno assicurato il prosieguo della attività.

L'interesse del Gruppo di Lavoro è consistito nell'approfondimento e nell'analisi delle seguenti questioni:

- (i) se il progetto di odontoiatria sociale nel nuovo contesto di mercato, risultante dal concludersi delle vicende pregresse e in cui risultano più accessibili le cure private, continui a mantenere una propria validità, al fine di colmare la non piena copertura offerta dal servizio sanitario con i LEA delle prestazioni di base;
- (ii) se, mantenendosi il modello di services, l'esperienza riepilogata di Odos service S.r.l. può essere degradata ad un mero incidente di percorso o se, piuttosto, la stessa rappresenti un monito ancora attuale dei limiti di carattere strutturale e organizzativo ad una siffatta gestione;
- (iii) se sussistono margini per sostituire il modello dei services analizzato con una internazionalizzazione di attività da parte di aziende, o, diversamente, con un mix, per assicurare alle fasce più bisognose l'estensione della attività assistenziale.

È difficoltoso comprendere - dalla sola prospettiva di cui dispone un organismo di controllo- se un progetto di odontoiatria sociale, a mercato variato e a seguito dell'avvicendamento delle esperienze prima descritte, sia ancora valido o in che termini integrabile o sostituibile.

La DGW dovrebbe dotarsi di indicatori di qualità e quantitativi idonei a misurare nel biennio l'efficacia di tale modello, come anche a verificare, sul piano finanziario e organizzativo, la fattibilità di regimi alternativi.

Allo stato sembra possa ritenersi che il modello di odontoiatria analizzato svolga ancora una sua funzione sociale importante, anche se va come ogni progetto

ulteriormente implementato, anche definendo in maniera chiara i tempi di attesa rispetto alle prestazioni che le Aziende intendano erogare attraverso il sistema sanitario, onde evitare una differenza di volumi tra l'attività in solvenza e quella coperta dal SSN/SSR.

Alla luce di tali riflessioni, condivise, il team di professionisti auditi ha ribadito l'a rilevanza di tre distinti profili:

- (i) il corretto dipanarsi dei controlli sulle procedure di evidenza pubblica volte ad individuare i fornitori e i soggetti esterni che erogano i servizi;
- (ii) il corretto utilizzo delle manifestazioni di interesse pubblico, al fine di ben comprendere quali tipi di prestazioni e di servizi si ricercano;
- (iii) la puntuale identificazione numerica dei tipi di prestazione che si prevede vengano erogate attraverso il Sistema Sanitario Nazionale o Regionale.

Il sistema, inoltre, risente anche del regime delle tariffe, che rende l'attività non lucrativa e non competitiva con il mercato privato (ad esempio, le estrazioni sono tarate su circa 20€). Se si tiene conto che per l'esecuzione di una pluralità di prestazioni odontoiatriche è necessaria la presenza di più professionisti in assistenza, in aggiunta a almeno un medico specialista e si divide il costo di siffatto personale per il guadagno ipotetico di quattro/cinque interventi giornalieri, risulta in maniera evidente che il pubblico può al più riassorbire le perdite economiche, ma difficilmente tale attività potrebbe essere svolta da un soggetto privato a favore del servizio sanitario.

Il mancato aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni comporta, di fatto, che le prestazioni più moderne rischiano di essere sussunte dalle varie Aziende in categorie diverse, sotto formule differenti e con una dicitura non sempre inequivoca. Tale circostanza non solo genera confusione per quel che concerne la pronta e celere comprensione delle prestazioni erogate tramite servizio sanitario nazionale o regionale, ma rende altresì difficoltosa la comparabilità dei dati – a scopo di controllo – tra i diversi enti operanti nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

In sintesi, si può concludere che le attuali tariffe dell'odontoiatria determinano una scarsa remuneratività dell'attività, specie se si pone mente ai costi aggiuntivi derivanti dagli aspetti manutentivi, di igiene, etc.

In ogni caso, per una corretta definizione delle modalità ottimali di erogazione delle prestazioni odontoiatriche nell'ambito del sistema sanitario regionale, è di primario interesse comparare il tariffario della solvenza e quello del sistema sanitario per verificarne gli ambiti, i settori di sovrapposizione e le differenze, al fine di consentire l'adeguamento nelle acquisizioni di prodotti, di manufatti protesici e dell'apparecchiatura necessaria alla erogazione della prestazione.

È inoltre necessario verificare la congruenza dei dati riportati dagli utenti (codice fiscale etc.), i quali si possono associare ad una prestazione e ad un costo, tra sistema sanitario e sistema in solvenza, al fine di eseguire un controllo tra i dati "in entrata" e i dati "in uscita", onde evitare che un certo numero di cittadini facciano ingresso nel SSR per l'ottenimento di prestazioni odontoiatriche e ne escano, al termine, come soggetti solventi.

6. Conclusioni e raccomandazioni.

Il modello di odontoiatria sociale esaminato, pur segnato da plurime vicende giudiziarie, può ancora svolgere un ruolo utile in un ambito assistenziale caratterizzato dalla scarsissima sussunzione delle prestazioni nei LEA, vieppiù in un momento di forte crisi socioeconomica che potrebbe spingere una fascia rilevante di utenza a rinviare se non a rinunciare alle cure.

Esso va implementato e meglio presidiato, sia in fase di selezione del gestore (con particolare attenzione all'affidabilità finanziaria), sia mediante un aggiornamento del nomenclatore e delle tariffe che renda i servizi coerenti, sotto il profilo dei costi, con la quantità e qualità delle erogazioni.

Sarebbe utile, infine, che la DGW adottasse un format per la raccolta e comparazione dei flussi specifici (ad iniziare dalla esatta denominazione delle singole prestazioni) utile ai fini di controllo e che si dotasse di indicatori di qualità e

quantitativi idonei a misurare nel biennio l'efficacia di tale modello, come anche a verificare, sul piano finanziario e organizzativo, la fattibilità di regimi alternativi.

Raccomandazioni:

1. alle aziende titolari di contratti di service di svolgere un audit annuale al fine di tenere monitorato il rapporto tra attività istituzionale e in solvenza e di chiarire il dato registrato nella presente verifica relativo alla transizione in corso di presa in carico di parte significativa di utenza dal regime istituzionale a quello di solvenza. Gli esiti di tale audit dovranno essere trasmessi anche ad Orac;
2. alla regione di procedere, nei modi di legge, alla revisione/aggiornamento dei nomenclatori in ambito odontoiatrico;
3. alla DGW di dotare le aziende di un format idoneo a omogeneizzare le definizioni delle varie tipologie di prestazioni, alla base di un sistema di flussi utili anche ai fini del controllo;
4. alla DGW di dotarsi di indicatori di qualità e quantitativi idonei a misurare nel biennio l'efficacia di tale modello, come anche a verificare, sul piano finanziario e organizzativo, la fattibilità di regimi alternativi.

ALLEGATO D

DELIBERAZIONE N. 9 seduta del 4 luglio 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti, in collegamento video, i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prospero	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Saveria Morello

Assenti: Simona Piazza, Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione del documento *“Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali: UPT e Difensore regionale”*, relativo all'obiettivo 7A del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

L'atto si compone di n. 21 pagine di cui n. 19 pagine in allegato quale parte integrante

UDITO il componente del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, ha presentato il documento *“Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali: UPT e Difensore regionale”*, relativo all’obiettivo 7A del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 *“Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo”* e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento *“Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali: UPT e Difensore regionale”*, relativo all’obiettivo 7A del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, alla Direzione Generale Welfare, al Difensore regionale ed ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Saveria Morello

Il Presidente

Giovanni Canzio

OB. 7 PdA Orac 2021/2022 – Pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti – art. 3, comma 1 lett. e), l.r. 13/2018 – Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali: UPT e Difensore regionale.

Relazione conclusiva

Strumenti a disposizione degli utenti dei servizi sanitari regionali:

UPT e Difensore regionale

Sommario: **1.** Premessa e obiettivo del Piano delle Attività; **2.** Inquadramento normativo; **2.1** Gli Uffici di Pubblica Tutela; **2.2.** Il Difensore regionale, Garante per il Diritto alla Salute; **3.** Attività istruttoria; **4.** Evidenze emerse; **5.** Conclusioni

1. Premessa e obiettivo del Piano delle Attività.

Per quanto attiene al sistema sanitario, l'Organismo ha già, in passato, analizzato i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie (2020) e il generale assetto del sistema sanitario lombardo (2021).

A ragione della complessità e dell'importanza economica e sociale del settore sanitario, nel 2022 si è stabilito di concentrare l'attenzione su alcuni aspetti specifici relativi alla amministrazione regionale, relativi al tema degli strumenti a disposizione degli utenti del servizio sanitario.

In particolare, l'interesse si è focalizzato: (i) sull'attività degli Uffici di Pubblica Tutela istituiti presso le aziende sanitarie; (ii) sull'attività espletata dal Difensore Regionale in ambito sanitario.

L'occasione, come si dirà, è stata utile per analizzare le problematiche afferenti al tema del rafforzamento degli strumenti di tutela degli utenti di prestazioni sanitarie.

2. Inquadramento normativo.

2.1. Gli Uffici di Pubblica Tutela.

L'esperienza degli Uffici di Pubblica Tutela prende avvio in Lombardia già dalla seconda metà degli anni Novanta, in funzione di implementazione delle

garanzie a tutela del cittadino nel suo relazionarsi con la Pubblica Amministrazione regionale nell'ambito della sanità.

Già le linee guida ministeriali emanate con D.P.C.M. 19 maggio 1995 (cd. *Schema generale di riferimento alla Carta dei servizi pubblici sanitari*), infatti, prevedevano l'istituzione di apposite "Commissioni miste conciliative" nelle aziende sanitarie e nelle aziende ospedaliere, con la funzione di esaminare i reclami degli utenti, non soddisfatti dalle interazioni intercorse con gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP).

In Regione Lombardia, però, siffatte commissioni non sono state istituite: si è invece deciso di individuare nell'Ufficio di Pubblica Tutela il garante, a livello locale, delle istanze presentate dal cittadino avverso la amministrazione sanitaria.

Una prima compiuta disciplina dell'Ufficio di Pubblica Tutela in Regione Lombardia si rinviene nella legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale*), il cui art. 11, modificato dalla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*), ne ha previsto l'istituzione all'interno di ciascuna azienda sanitaria.

Tale Ufficio, nella sua iniziale configurazione, era retto da persona "qualificata", non dipendente dal servizio sanitario, con il compito di verificare, anche attraverso l'impiego di poteri d'ufficio, che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenisse nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella "carta dei servizi".

In particolare, l'art. 9, co. 2, l. r. 3/2008, prevedeva la facoltà delle persone che accedevano alla rete delle unità d'offerta sociali di richiedere l'intervento del difensore civico comunale, in caso di atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni.

Per questo motivo, il novellato art. 11, co. 7, l. r. 31/1997 prevedeva forme di coordinamento tra gli UPT e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

Come si vedrà, il coordinamento tra diverse tipologie di uffici, tutti preordinati alla tutela delle istanze del cittadino in materia sanitaria, permea tutt'oggi il sistema degli strumenti a disposizione degli utenti del servizio sanitario

regionale, incentrato oggi su una prima funzione di “filtro” dell'Ufficio di Pubblica Tutela e sulla possibilità di richiedere, in ultima istanza, l'attivazione dei poteri d'intervento del Difensore Regionale, nella veste di Garante per il Diritto alla Salute.

La nuova e attuale disciplina degli Uffici di Pubblica Tutela si rinviene nell'art. 23-bis della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (cd. *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*), inserito dalla legge regionale 6 giugno 2019, n. 9.

In base alla norma citata, le ATS, le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU istituiscono un Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), quale organismo indipendente per la tutela dei diritti degli utenti. L'UPT in particolare:

- (i) segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi;
- (ii) si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti;
- (iii) verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi.

Per lo svolgimento di tali compiti, l'Ufficio di Pubblica Tutela ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni, esclusivamente in riferimento ai casi specifici di cui si occupa e, per essi, non può essere opposto il segreto d'ufficio.

I soggetti cui vengano richieste le informazioni devono ottemperare nel termine massimo di trenta giorni e, in caso di mancato rispetto, l'UTP ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità, la quale interviene nel rispetto delle proprie competenze.

La nuova normativa, inoltre, definisce con maggiore dettaglio gli elementi soggettivi del Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela. La responsabilità dell'UPT è affidata dal Direttore generale dell'azienda sanitaria, su proposta della conferenza dei sindaci, a persona “qualificata”, non dipendente dal servizio sanitario e sulla base di apposito avviso pubblico.

L'incarico di responsabile dell'UPT ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, è rinnovabile per non più di una volta e, infine, è *onorario*, «salvo l'eventuale riconoscimento delle spese di trasporto

debitamente rendicontate per i trasferimenti relativi allo svolgimento delle funzioni attribuite»).

È previsto, infine, che il Direttore generale garantisca *le condizioni per l'esercizio indipendente* delle funzioni dell'UPT, anche assicurando la messa a disposizione di mezzi e personale adeguato allo svolgimento di tali funzioni, nonché il coordinamento con le attività degli uffici per le relazioni con il pubblico, istituiti ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 giugno 2000, n. 150 (cd. *Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni*).

I requisiti soggettivi di dettaglio, richiesti per il responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela, sono poi definiti con deliberazione della Giunta regionale.

La deliberazione di riferimento è la D.G.R. VIII/10884, del 23 dicembre 2009, avente ad oggetto determinazioni in ordine alle linee guida relative all'organizzazione ed al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela delle Aziende Sanitarie. Tale deliberazione è antecedente rispetto alla disciplina normativa della sanità regionale contenuta nella citata l. r. 30 dicembre 2009 n. 33 (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*): ne consegue la necessità di procedere ad una operazione interpretativa di adeguamento tra le disposizioni della D.G.R. e l'attuale assetto degli enti sanitari lombardi.

Con la deliberazione in commento si chiarisce che l'istituzione dell'UPT è *obbligatoria* e avviene con deliberazione del Direttore generale dell'Azienda Sanitaria.

In particolare, il Direttore generale ha il compito di istituire l'UPT, di provvedere alla disponibilità di spazi e ambienti che garantiscano decoro, facile accessibilità e privacy e di mettere in atto iniziative finalizzate a garantirne la visibilità interna ed esterna, la legittimazione e la necessaria evidenza verso la cittadinanza e verso gli operatori, ad esempio mediante l'inserimento nel piano di comunicazione aziendale della predisposizione di apposita cartellonistica o attraverso la distribuzione di mappe orientative.

Circa il profilo della corresponsione di una indennità al Responsabile dell'Ufficio, si chiarisce che il servizio è *onorario* per il responsabile e non per l'intero ufficio: quindi il responsabile si avvale della collaborazione di personale dell'ASL o della A.O., secondo i termini utilizzati dalla D.G.R., messi a

disposizione dal direttore generale. Tale personale dovrà avere adeguate competenze e dovrà essere prevista una formazione dedicata.

Al responsabile dell'UPT, invece, è riconosciuto il solo rimborso delle spese sostenute e, in base alla disponibilità di bilancio della singola Azienda, si può corrispondere una indennità forfettaria connessa allo svolgimento delle attività di competenza.

È inoltre precisato che il Direttore generale dell'ASL o della A.O. ha il compito di garantire le condizioni per l'esercizio indipendente dei compiti dell'UPT, con particolare riferimento ai rapporti con le altre strutture aziendali, all'accesso ai documenti e alla possibilità di disporre di personale e attrezzature che garantiscano l'effettiva operatività e la sua autonoma capacità di iniziativa.

Infine, la deliberazione della Giunta Regionale specifica che non è rinvenibile un rapporto fiduciario con il direttore generale e neppure una subordinazione gerarchica, atteso che il procedimento di nomina del responsabile dell'UPT avviene in base alla proposta della conferenza dei sindaci. Pertanto, non il Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela non è vincolato al mandato del direttore generale: questi proviene dal "territorio" e non già dall'"amministrazione".

La D.G.R. in commento, poi, specifica gli elementi caratterizzanti l'attività dell'UPT.

In primo luogo, si chiarisce che l'attività dell'UPT non è inquadrabile nello schema tradizionale del procedimento amministrativo e non si conclude con l'adozione di un provvedimento amministrativo, come disciplinato nei suoi caratteri essenziali dalla legge 241/1990.

Ne deriva, a contrario, che la base dell'attività degli Uffici di Pubblici Tutela si sostanzia nella *moral suation* e nella predisposizione di meccanismi di raccordo tra le strutture deputate a fornire strumenti di tutela dei cittadini nell'ambito del servizio sanitario regionale, ricercando la soluzione migliore per la questione specifica segnalata dal cittadino, anche promuovendo la relazione tra enti e soggetti pubblici differenti.

L'attività dell'UPT può essere sollecitata da apposita istanza di parte interessata o su segnalazione delle associazioni del Terzo settore, con particolare riguardo ai soggetti portatori di interessi collettivi, quali gli enti

rappresentativi delle istanze dei soggetti deboli; associazioni di tutela dei diritti, patronati, «enti di espressione delle esigenze delle persone che vivono specifiche condizioni di disagio».

Ad ogni modo, l'attività degli Uffici non è subordinata alla domanda di terzi (formulata mediante esposto o segnalazione), ma può compiersi di propria iniziativa, sulla base di qualsiasi elemento informativo. Peraltro, trattandosi di ufficio indipendente, non è possibile che il Direttore generale dell'azienda sanitaria, circoscriva l'attività dell'UPT *a priori* (per esempio, vietando la sua iniziativa a fronte di esposti anonimi).

Infine, merita di essere considerato un ultimo elemento di disciplina degli Uffici: il regime della vacanza. È infatti previsto che, in caso di vacanza dell'Ufficio, il Direttore generale assegni le funzioni di responsabile al titolare dell'UPT dell'ASL confinante con il maggior numero di abitanti oppure al titolare dell'UPT di altra A.O. operante all'interno dell'ambito della medesima ASL o di ASL confinante con il maggior numero di abitanti. Ovviamente, anche in riferimento a tale disciplina, occorre ricordare la D.G.R. con la attuale realtà delle strutture sanitarie regionali, come precedentemente chiarito.

2.2. Il Difensore Regionale, Garante per il Diritto alla Salute.

Il Difensore regionale, organo indipendente della Regione, è una istituzione di garanzia prevista dall'art 61 dello Statuto d'Autonomia della Regione Lombardia, Legge regionale Statutaria n. 1 del 2008.

I ruoli di garanzia statutariamente previsti, incentrati sulla tutela non giurisdizionale dei diritti e degli interessi, afferiscono alla materia dei contribuenti, dei detenuti e dei consumatori.

Con leggi regionali successive, però, si è progressivamente ampliata la cognizione del Difensore, sino a ricomprendere in essa, con la novella dell'art. 8 della legge regionale 6 dicembre 2010, n. 18 (cd. *Disciplina del Difensore regionale*), avvenuta con l. r. 37/2017, la funzione di Garante regionale per il Diritto alla Salute.

In particolare, il Difensore, al fine di assicurare la tutela non giurisdizionale dei diritti e degli interessi dei singoli e degli associati, concorre, anche mediante la

formulazione di proposte, con le amministrazioni pubbliche al perseguimento di obiettivi di buon andamento, imparzialità, trasparenza e legalità e, per quel che concerne la materia del servizio sanitario regionale, assicura la tutela dei diritti di ciascun soggetto destinatario di prestazione sanitaria e sociosanitaria, ai sensi della l. r. 24/2017 (*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*).

A mente della disciplina normativa, il Difensore, in qualità di Garante per il diritto alla Salute, qualora verifichi la fondatezza delle segnalazioni pervenutegli, interviene nei confronti dell'amministrazione regionale, degli enti pubblici regionali, delle unità d'offerta sanitaria e sociosanitaria, nonché dei soggetti gestori pubblici e privati accreditati, per assicurare l'accesso alle prestazioni e l'efficacia nell'erogazione dei servizi.

Il Difensore può anche attivarsi d'ufficio e intervenire tanto nel corso del procedimento amministrativo quanto a seguito dell'adozione di un determinato provvedimento. Tale organo può rilevare eventuali irregolarità, negligenze o ritardi, valutando, in relazione alle questioni sottoposte al suo esame, anche la rispondenza alle regole di buona amministrazione e suggerendo mezzi e rimedi per l'eliminazione delle disfunzioni rilevate.

Si tratta, dunque, di una carica munita di poteri di interlocuzione con la pubblica amministrazione erogatrice dei servizi sanitari e socio-sanitari, poteri rafforzati dalla previsione, per il responsabile del procedimento, dell'obbligo di presentarsi per l'esame della pratica davanti al Difensore stesso nel termine da quest'ultimo stabilito (art. 11, co. 4, l. r. 18/2010).

Il fine perseguito dal legislatore mediante la disciplina delle funzioni dell'organo consiste nell'implementare, da un lato, il livello generale di tutela dei cittadini e, dall'altro, l'efficienza e la qualità dell'attività amministrativa nelle materie di competenza del Difensore.

Esaurita l'istruttoria, il Difensore può formulare i propri rilievi e suggerimenti ai soggetti interessati e può stabilire, se del caso, adempimenti per le parti od un termine per la definizione del procedimento, promuovendo all'occorrenza la stipula di accordi orizzontali tra diverse amministrazioni ai sensi della l. 241/1990.

È prevista una informativa agli interessati circa l'andamento e l'eventuale risultato raggiunto a seguito dell'intervento, con potere del Difensore di indicare anche ulteriori iniziative che gli stessi possono intraprendere in sede amministrativa o giurisdizionale.

Infine, il Difensore, qualora ritenga non pertinenti o risolutivi gli elementi comunicatigli (o qualora il funzionario competente impedisca o ritardi l'espletamento delle funzioni del Difensore), informa gli organi degli enti interessati per gli adempimenti conseguenti, eventualmente anche disciplinari od ai fini della valutazione dei dirigenti.

La regolamentazione di dettaglio dei compiti dell'Organismo e delle modalità di raccordo con gli Uffici di Pubblica Tutela è ancora contenuta nella citata D.G.R. VIII/10884, del 23 dicembre 2009 (determinazioni in ordine alle linee guida relative all'organizzazione ed al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela delle Aziende Sanitarie), in relazione alla quale è già stata segnalata la necessità di procedere ad un adeguamento ermeneutico delle disposizioni contenute con la normativa regionale sopravvenuta in materia sanitaria.

In base alla D.G.R. citata, l'intervento del Difensore civico regionale può riguardare le prestazioni sociali, quando non sia istituito il difensore civico comunale oppure quando la segnalazione riguardi l'attività della Regione Lombardia o le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nei casi in cui:

- (i) la segnalazione è ricevuta direttamente dal Difensore civico regionale, che può peraltro avvalersi degli UPT per l'istruttoria delle segnalazioni di competenza;
- (ii) la segnalazione riguardi l'attività della Regione Lombardia;
- (iii) l'UPT chieda l'intervento del Difensore civico regionale;
- (iv) l'UPT ritenga di non poter trattare in tutto o in parte la questione e, previa informazione all'istante, trasmetta gli atti al Difensore civico regionale;
- (v) l'UPT non risponda entro i termini assegnati o non fornisca una risposta adeguata e sempre che il cittadino, previamente informato, si rivolga al Difensore civico regionale.

Dalla normativa citata si desume, quindi, l'architettura complessiva che si è voluta dare agli organismi deputati alla tutela del cittadino nel suo relazionarsi con l'amministrazione sanitaria: gli Uffici di Pubblica Tutela svolgono una funzione di "filtro", interfacciandosi con l'utenza e ricercando la soluzione alle segnalazioni pervenute, si rivolgono al Difensore regionale in veste di Garante per il diritto alla salute, quando l'Ufficio di Pubblica Tutela ne richieda l'intervento in "assistenza", secondo una logica di chiamata in sussidiarietà, o quando l'Ufficio stesso non riesca a concludere il procedimento attivato dall'istanza del cittadino segnalante.

3. Attività Istruttoria

Il Gruppo di Lavoro dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, al fine di comprendere al meglio il livello di attuazione della normativa descritta e per sondarne eventuali criticità, ha interloquito con il Dott. Luca Croci, Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso l'ATS Insubria e, al contempo, Referente del coordinamento dei 40 UPT regionali, e con l'Avvocato Gianalberico De Vecchi, Difensore regionale attualmente in carica.

Attraverso tale interlocuzione, si è compreso, in prima battuta, il discrimine tra l'attività degli Uffici di Pubblica Tutela e la funzione degli Uffici di Relazione con il Pubblico (URP).

Ogni ente sanitario, infatti, costituisce al proprio interno un ufficio relazioni con il pubblico, ai sensi della l. n. 150/2000, gestito integralmente da personale dipendente dell'ente medesimo. L'Ufficio di Pubblica Tutela, invece, si connota per una maggiore terzietà, derivante dagli attributi della volontarietà e dell'assenza di retribuzione che qualificano la carica del Responsabile dell'UPT, oltre che dalla previsione della sua non dipendenza dal servizio sanitario regionale.

Tale ufficio, poi, ove istituito, svolge una funzione di "filtro" delle possibili istanze cui può essere interessato il Difensore Regionale – Garante della Salute.

È dunque chiaro il percorso teorico del cittadino ove questi richieda il conforto dell'amministrazione per la disamina di una questione di rilevanza

sanitaria: ci si rivolge all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per l'analisi di una specifica questione; nel caso in cui tale primo confronto dovesse essere giudicato insoddisfacente, è possibile rivolgersi all'Ufficio di Pubblica Tutela, il cui responsabile è soggetto terzo e indipendente rispetto all'amministrazione sanitaria precedentemente sentita; laddove il servizio dell'UPT venisse reputato carente (o laddove l'UPT non sia istituito), si può adire il Difensore Regionale, nella veste di Garante per il Diritto alla Salute.

Ne consegue che, se il sistema descritto fosse funzionante e si sviluppasse secondo le progressioni di tutela rappresentate, il cittadino riceverebbe una assistenza "multilivello" nell'affrontare una determinata questione sanitaria, con potenziale riduzione del contenzioso amministrativo.

Il Referente del Comitato di coordinamento degli Uffici di Pubblica Tutela, però, ha rappresentato una situazione generale caratterizzata da significative criticità nel funzionamento degli uffici stessi: vacanze della carica di Responsabile dei vari UPT, inadeguatezza numerica del personale impiegato nei vari uffici, addirittura penuria di mezzi adeguati allo svolgimento delle mansioni istituzionali.

Ciò determina, in sintesi, la risoluzione occasionale e "ad personam" delle segnalazioni presentate dai cittadini, senza che si abbia la capacità di intervenire sul sistema nel suo complesso, indirizzando il proprio intervento verso la ricerca di soluzioni utili ad incidere sulle cause delle disfunzioni o, più genericamente, delle segnalazioni dei privati.

Il tutto a fronte di un aumento significativo delle segnalazioni da parte dei cittadini a partire dal momento di emergenza pandemica da Covid-19.

È stato infatti possibile analizzare i dati della tendenza citata. Nel corso del 2021, l'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso l'ATS Insubria ha gestito trecentotrenta (330) segnalazioni, di cui 13 ancora aperte nel 2022 a ragione dell'impossibilità di accelerare le tempistiche di funzionamento dell'ufficio, attese le carenze di dotazione e di personale sopra descritte.

Si è segnalato, in particolare, che il *gold standard* nella risoluzione di talune pratiche originate dalle segnalazioni dei privati, a causa della loro complessità, richiederebbe diversi momenti di incontro fra le parti coinvolte, con conseguente aggravio del carico di lavoro dell'ufficio.

In particolare, l'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso l'ATS Insubria ha fornito indicazioni circa i diversi oggetti del proprio intervento, in base alle segnalazioni e alle pratiche trattate durante il corso dell'annualità di riferimento (Fig. 1), da cui si evince il sovraccarico determinato dalle problematiche connesse alla situazione emergenziale.

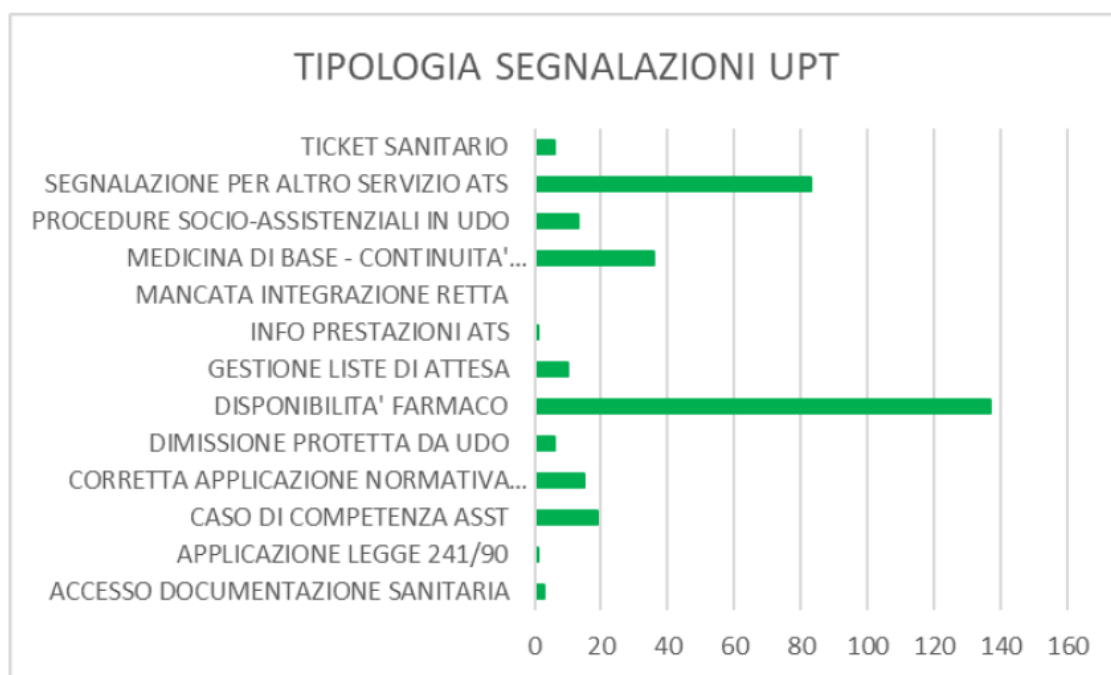


Fig. 1 - Distribuzione delle segnalazioni UPT per tipologia (anno 2021)

La voce generica "disponibilità farmaco" contiene tutte le segnalazioni che hanno avuto come oggetto la vaccinazione per il Covid-19.

Emerge con chiarezza come l'avvio delle procedure di vaccinazione della popolazione abbia quasi raddoppiato il carico di lavoro dell'Ufficio di Pubblica Tutela, considerando che la maggior parte dell'attività dell'Ufficio ha riguardato la richiesta di prenotazione di tamponi naso-faringei oppure di prenotazione di dosi vaccinali.

Il generale *trend* di aumento della consistenza numerica delle segnalazioni è confermato dal Difensore Regionale. In particolare, l'attività del Garante per il Diritto alla Salute nel 2021 ha riguardato un totale di 506 istanze, con un aumento del 41% rispetto all'anno precedente.

Di seguito una rappresentazione grafica delle istanze presentate al Garante per la Salute, distinte in base all'oggetto (Fig. 2).

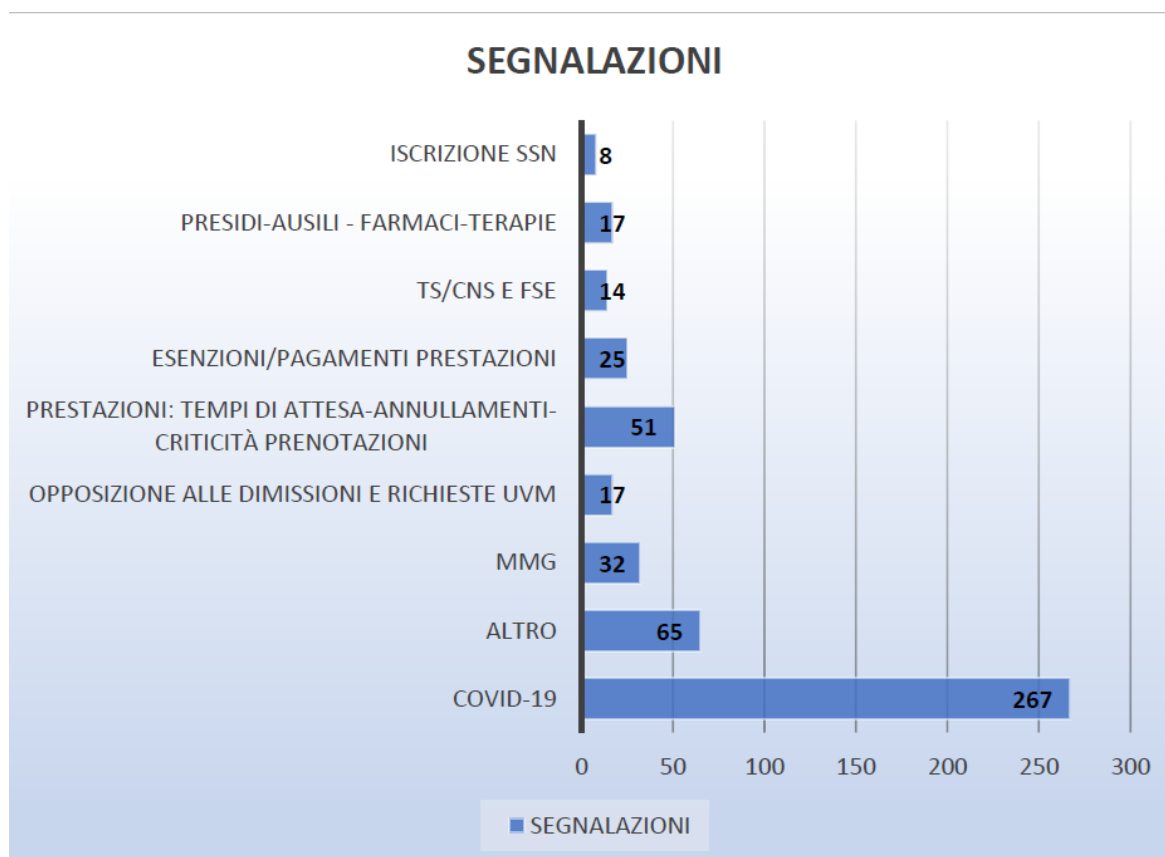


Fig. 2 - Distribuzione delle segnalazioni al Difensore per tipologia (anno 2021)
Sul censimento di 496 pratiche aperte, 267 sono risultate attinenti alle problematiche collegate al Covid-19.

Si tratta, principalmente, di tre categorie di questioni: (i) il corretto svolgimento della campagna vaccinale e le problematiche connesse alla prenotazione; (ii) il rilascio della Certificazione Verde; (iii) la riorganizzazione delle strutture sanitarie e, in particolare, le misure adottate per regolamentare l'accesso dei parenti, anche con riferimento alle RSA.

Numerose doglianze dei cittadini riguardavano ritardi o disguidi verificatisi nella prenotazione dei vaccini per i soggetti ultraottantenni, per la quale è stata utilizzata da Regione Lombardia una piattaforma fornita da Aria S.p.A. Tale strumento prevedeva la possibilità di procedere alla registrazione dei dati del cittadino che intendeva sottoporsi alla vaccinazione. La data ed il luogo della somministrazione del vaccino venivano, infatti, comunicati in un momento successivo. Un malfunzionamento della piattaforma ha determinato

ritardi e disagi agli utenti, i quali non avevano la possibilità di rivolgersi ad un interlocutore in grado di fornire loro risposte. Il Garante, pur non potendo intervenire direttamente, in mancanza di un referente, per sollecitare la definizione delle singole vicende, ha chiesto informazioni all'amministrazione regionale in merito alle criticità rilevate, nonché alla tempistica prevista per la prosecuzione e conclusione della campagna vaccinale nei confronti dei soggetti ultraottantenni.

Gradualmente le vaccinazioni sono state effettuate, comprese quelle da somministrare al domicilio, anche attraverso le sollecitazioni effettuate dall'Ufficio direttamente alle ATS competenti per territorio.

Dal momento in cui la gestione della piattaforma per le prenotazioni è stata affidata a Poste Italiane S.p.A., si è dovuto procedere all'individuazione presso ogni ATS della figura del *Vax Manager*. Nell'aprile 2021 sono pervenute al Garante numerose segnalazioni di soggetti invalidi che non riuscivano ad effettuare la prenotazione: la causa è stata individuata nel mancato inserimento nell'anagrafica INPS (la banca dati di riferimento della piattaforma di Poste Italiane) dei nominativi dei disabili con accertamento della gravità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992 precedente al 2010, anno in cui la competenza relativa ai procedimenti per l'accertamento dell'invalidità era stata trasferita dalle ASL all'INPS. Per superare tale criticità, l'amministrazione regionale ha previsto che i nominativi dei disabili che non fossero riusciti ad effettuare la prenotazione venissero comunicati all'ATS dai medici di medicina generale. I casi di disfunzionamento segnalati sono stati risolti grazie all'intervento del Garante presso i *Vax Manager* competenti per territorio.

Per quel che concerne, invece, il cd. *Green pass*, molti cittadini hanno lamentato la mancata ricezione dell'authcode per scaricare la certificazione verde. Ciò si è verificato spesso a causa della mancata corretta registrazione sulla piattaforma delle dosi di vaccino somministrate o dei referti di tamponi positivi attestanti la malattia, che consentivano al centro vaccinale di esonerare l'utente dalla somministrazione di altra dose, in base a quanto previsto dalle Circolari ministeriali del 03.03.2021 e del 21.07.2021.

In tali casi, il Garante è intervenuto per sanare le irregolarità, trasmettendo e chiedendo alle ATS competenti per territorio di inserire correttamente i referti

dei tamponi ed il certificato vaccinale. Si è anche registrata sul punto la necessità di interagire anche con gli uffici di Difesa civica di altre Regioni, in quanto non erano stati registrati correttamente vaccinazioni effettuate in regioni diverse da quelle di residenza. Infine, ulteriori interventi svolti dal Garante, che hanno consentito ai cittadini di ottenere il Green pass, riguardavano casi di somministrazione di vaccini all'estero.

In relazione invece alle pratiche gestite dal Garante su temi non afferenti direttamente all'emergenza pandemica, in primo piano si è collocata, nel corso dell'ultimo anno, la questione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'Ufficio ha ricevuto segnalazioni da parte di cittadini che lamentano l'impossibilità di prenotare le prestazioni prescritte entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata in ricetta. In tali casi l'Ufficio del Difensore Regionale ha fornito informazioni agli interessati in merito alla necessità di chiedere alla struttura di prima scelta, attraverso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, di attivarsi per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati, nell'ambito territoriale dell'ATS di competenza.

La suddetta procedura, prevista dalle DGR 7766/2018, DGR 1046/2018, DGR 1865/2019 e DGR 2672/2019, non sempre è applicata in modo automatico dalle strutture sanitarie e il problema della prenotazione viene risolto solo se il cittadino ne fa espresso riferimento. In questi casi, l'Ufficio del Garante gestisce le segnalazioni suggerendo di rivolgersi all'URP dell'ATS di riferimento, attesa l'impossibilità di individuare una struttura di prima scelta a cui chiedere di effettuare la prenotazione.

L'aumento delle segnalazioni a ragione delle problematiche connesse al tema del Covid, qui brevemente riassunte, insiste, inoltre, su una realtà regionale caratterizzata dall'elevato numero di ruoli di Responsabile degli UPT **vacanti**.

In Fig. 3 è rilevabile l'andamento crescente del numero di Uffici di Pubblica Tutela vacanti, cioè privi di un responsabile.

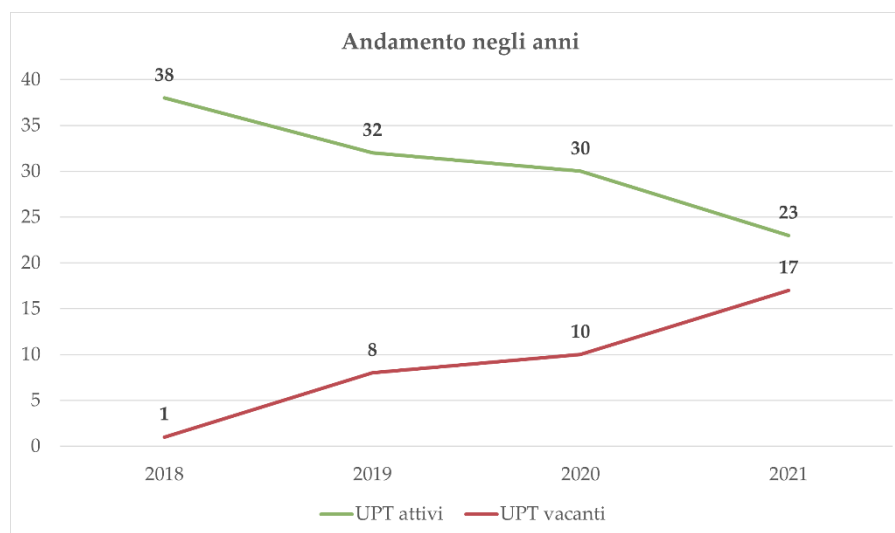


Fig. 3 – Numero degli UPT vacanti e attivi, dal 2018 al 2021

L'ultimo aggiornamento sulle vacanze (31 marzo 2022) mostra che su 40 Uffici di Pubblica Tutela istituiti presso le ATS, le ASST e gli IRCSS, 15 risultano vacanti (quasi il 38 %). Ne consegue, dunque, che circa 4 milioni di cittadini in Lombardia non potrebbero accedere alle forme di garanzia erogate dagli Uffici di Pubblica Tutela.

Si tratta, in particolare, degli uffici istituiti presso: (i) l'ATS Città Metropolitana di Milano; (ii) ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Fatebenefratelli Sacco, Gaetano Pini, Ovest Milanese, Melegnano e della Martesana, Lodi, Lariana, Pavia, Cremona, Crema; (iii) gli IRCSS Policlinico San Matteo, l'Istituto Neurologico Besta, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; (iv) l'Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza.

In sintesi, si è registrata: una tendenziale scarsa dotazione a favore degli UPT, impossibilitati a gestire l'aumento di procedimenti avvenuto in questi anni; un elevato numero di posti vacanti, con la conseguente assenza del servizio di tutela previsto dalla normativa; l'impossibilità di svolgimento concreto della funzione di "filtro", derivandone in modo diretto un aggravio del lavoro degli Uffici del Difensore regionale – Garante della Salute.

Non si è mancato, infine, di cogliere l'imbarazzo degli organi in analisi: da un lato vi è la volontà di pubblicizzarsi in maniera più efficace, aumentando la consapevolezza del cittadino e cercando di raggiungere una utenza più

vasta, dall'altro vi è il timore che, così facendo, non si sarebbe in grado di esercitare compiutamente il proprio ruolo di tutela, già pesantemente scalfito dalle criticità evidenziate.

4. Evidenze emerse

All'esito dell'attività istruttoria svolta e precedentemente documentata, possono, in sintesi, essere evidenziate le seguenti criticità del sistema complessivo degli strumenti di tutela a favore del cittadino nel suo interfacciarsi con l'amministrazione regionale sanitaria:

- (i) La carica di responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela istituito presso una ATS, una ASST o un IRCSS è **onoraria**. In particolare, al titolare della carica in discorso è riconosciuto il solo rimborso delle spese sostenute, ove debitamente documentate, e, in base alla disponibilità di bilancio del singolo ente, si può corrispondere una indennità forfettaria connessa allo svolgimento delle attività di competenza. La mancata previsione di un emolumento economico può causare uno scarso interesse nei soggetti dotati dell'esperienza necessaria per rivestire un ruolo così sensibile, determinando conseguentemente esigue manifestazioni di interesse agli avvisi pubblici per la copertura della carica in discorso. La mancanza di una adeguata retribuzione per il responsabile, in ultima analisi, causa e spiega l'elevato numero di vacanze dei posti registrate;
- (ii) Benché la normativa di settore preveda che il Direttore Generale dell'ente sanitario, nella istituzione del servizio, debba garantire le condizioni per l'esercizio indipendente dei compiti dell'Ufficio di Pubblica Tutela, non è esplicitamente previsto un **obbligo di dotazione minima**, quanto ai beni e al personale, con la conseguente registrazione di casi o di episodi di impossibilità (o, quantomeno, di difficoltà) di assicurare il regolare svolgimento delle funzioni attribuite all'Ufficio stesso;
- (iii) La ridotta funzionalità di molti UPT impedisce la realizzazione e lo sviluppo della **funzione di "filtro"** degli Uffici di Pubblica Tutela delle

istanze dei cittadini, ai quali non rimane che la possibilità di rivolgersi direttamente al Difensore Regionale nella sua veste di Garante della Salute, così determinandosi un aggravio della attività di tale ultima istituzione, con conseguente mortificazione degli obiettivi previsti dalla normativa in materia;

- (iv) La disciplina del **regime delle vacanze**, peraltro prevista nella D.G.R. VIII/10884, previgente e dunque non coordinata con l'attuale normativa in materia sanitaria di cui alla legge regionale n. 33 del 2009, specifica che il direttore generale assegni le funzioni di responsabile al titolare dell'UPT dell'ASL confinante con il maggior numero di abitanti oppure al titolare dell'UPT di altra A.O. operante all'interno dell'ambito della medesima ASL o di ASL confinante con il maggior numero di abitanti. Ebbene, a ragione della vacanza dell'Ufficio di Pubblica Tutela della ATS Città Metropolitana di Milano, il sistema si blocca, e risulta impossibile garantire il meccanismo di sostituzioni in caso di vacanza, con il risultato, di fatto, di disconoscere lo strumento di tutela dell'Ufficio di Pubblica Tutela a una parte rilevante della popolazione lombarda;
- (v) L'attuale dimensionamento, in termini di personale, attrezzature, risorse dell'Ufficio del Difensore regionale è fortemente insufficiente rispetto alle molteplici funzioni (Garante dei detenuti, dei contribuenti, dei consumatori etc.) ed in particolare alla complessità e vastità del settore sanitario, al numero delle aziende, delle prestazioni erogate e degli utenti. Gli accessi attuali costituiscono solo la punta dell'iceberg di quelli che si manifesterebbero ove l'informazione su presenza, ruolo e funzioni del Difensore regionale fosse diffusa e facilmente accessibile.

5. Conclusioni e suggerimenti/raccomandazioni.

Le normative nazionale e regionale disegnano un sistema sufficientemente adeguato circa gli strumenti a disposizione del cittadino per tutelare i propri diritti di accesso ai servizi e alle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie.

Uffici Relazione con il Pubblico, Uffici di Pubblica Tutela e Difensore regionale teoricamente offrono una pluralità di canali e una opportuna diversità di funzioni disponibili.

In Lombardia, a fronte di questo quadro positivo, è peraltro doveroso indicare alcune criticità di funzionamento che rischiano di comprometterne la costruzione generale.

Esistono infatti alcune specifiche carenze che minano la funzionalità del sistema e che, malgrado il lodevole impegno del personale e dei dirigenti che ne fanno parte, lo rendono purtroppo quantitativamente inadeguato alle necessità e ai bisogni crescenti.

L'aspetto positivo è che le soluzioni sono facilmente individuabili, attuabili con costi relativamente contenuti e con tempistica ridotta.

Si tratta dunque principalmente di dare a livello istituzionale e di governo la dovuta priorità ad un settore che può migliorare in maniera significativa il rapporto tra cittadini e sistema sanitario regionale, contribuendo peraltro a migliorarne il funzionamento complessivo e delle singole aziende.

A questo fine si ritiene utile fornire alcuni suggerimenti e raccomandazioni.

Al fine di migliorare funzionamento ed efficacia degli strumenti a disposizione dell'utenza **si suggerisce** di:

- modificare il carattere onorario dell'incarico di responsabile dell'UPT, prevedendo una indennità ragionevole che tenga conto della caratteristica di servizio istituzionale ma che al tempo stesso non sia penalizzante per chi svolge una qualsiasi attività professionale; in tal modo la difficoltà di reperire candidature a responsabile UPT verrebbe sicuramente ridotta;
- cambiare le regole relative alla gestione della vacanza di responsabile di un UTP, abolendo l'automatismo di sostituzione con l'UPT delle aziende più vicine;

e **si raccomanda**:

- alla Direzione Generale Welfare di vigilare affinché le aziende dotino gli Uffici di Pubblica Tutela delle necessarie risorse professionali e informatiche per l'efficace perseguimento dei propri compiti istituzionali;

Infine, **si auspica** una verifica organizzativa volta a valutare l'adeguatezza della struttura del Difensore Regionale dedicata all'attività del Garante della Salute e delle persone con disabilità, e se del caso rafforzarla.

ALLEGATO E

DELIBERAZIONE N. 16 seduta del 7 novembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti, in collegamento video, i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	-	Presidente
Alessandro Bernasconi	-	Componente
Stefano Bignamini	-	Componente
Marcello Crivellini	-	Componente
Umberto Fantigrossi	-	Componente
Saveria Morello	-	Componente
Simona Piazza	-	Componente

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano, Maria Pia Redaelli, Enrico Gasparini, Emanuele Prospero, Mario Forchetti

OGGETTO: Approvazione del documento "Procedure di nomina dei Direttori Generali" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 7 del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

L'atto si compone di n. 12 pagine di cui n. 10 pagine allegate quale parte integrante

UDITO il componente del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, ha presentato il documento “*le procedure di nomina dei Direttori Generali*” relativo allo sviluppo dell’obiettivo 7 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 “Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo” e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento avente ad oggetto “*le procedure di nomina dei Direttori Generali*”, relativo allo sviluppo dell’obiettivo 7 del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, al Presidente della Giunta Regionale, al Segretario Generale, alle Direzioni di competenza ed ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Le procedure di nomina dei Direttori Generali di Aziende sanitarie

1. *Introduzione*
2. *Normativa nazionale e regionale*
3. *Analisi delle delibere di nomina per i profili della trasparenza, della motivazione e degli obiettivi*
4. *Osservazioni conclusive*

1. Introduzione

L'interesse per questo argomento in esame nasce dalla grande rilevanza che queste figure apicali di aziende sanitarie hanno assunto nella gestione dei servizi sanitari ed ospedalieri erogati ai cittadini.

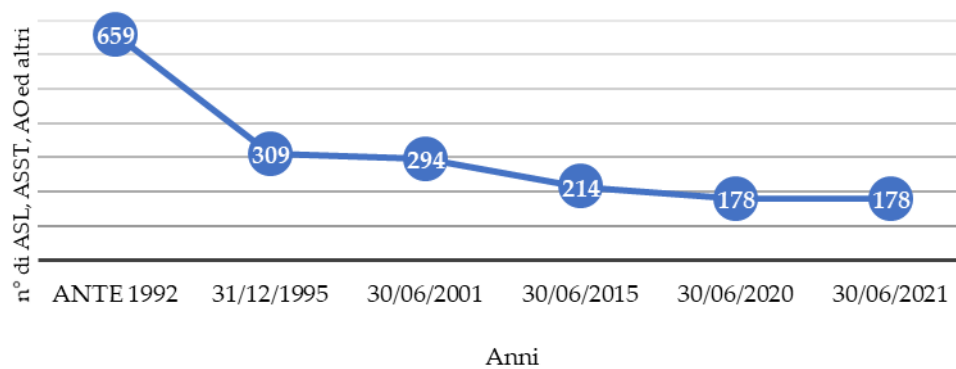
I Direttori Generali (DG) attuano, infatti, le politiche regionali sul territorio, gestiscono bilanci per ingenti importi e condizionano, con le loro attività, la qualità e la disponibilità delle prestazioni e dei servizi messi a disposizione dei cittadini.

I DG svolgono, inoltre, un fondamentale ruolo di tramite tra potere istituzionale e politico e gestiscono le risorse umane e materiali di cui dispongono (nomine di dirigenti amministrativi e sanitari e di personale sanitario, acquisti di macchinari ed apparecchiature sanitarie, conferimento di servizi in appalto, conclusione di contratti, gestione complessiva dell'azienda, nomina dei responsabili delle strutture operative secondo criteri indicati dalla normativa nazionale ecc.).

La rilevanza della funzione di guida esercitata dai DG, introdotto dalla riforma sanitaria del 1992, è andata via via crescendo in tutte le Regioni a causa della crescente complessità dei sistemi sanitari e del processo di accorpamento che ha visto ridursi nel tempo il numero

complessivo delle Aziende regionali (Fig. 1)

Figura 1 - Numero complessivo di Aziende sanitarie nelle Regioni.



Fonte: La struttura e le attività del SSN (2021), Rapporto OASI 2021, Cergas, Milano

2. Normativa nazionale e regionale

2.1. Le regole generali in tema di procedimenti di nomina dei DG, inizialmente fissate dal D.Lgs. n. 502/1992 recante il Riordino della disciplina in materia sanitaria (art. 3-*bis*), prevedono che il DG venga nominato dal Presidente della Giunta Regionale e rimanga in carica per cinque anni, rinnovabili. Sono fissati i requisiti minimi al fine di poter ricoprire l'incarico: possesso del titolo di laurea, esperienza professionale di almeno cinque anni di direzione, età inferiore a 65 anni, rapporto di lavoro a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato.

Il D.Lgs. n. 502/92, nella versione aggiornata alla novella legislativa di cui alla L. n. 118/2022, ha subito varie modifiche nel corso del tempo. La più recente è costituita dalla Legge *Madia* n. 124 del 7 agosto 2015, che mira al rafforzamento dell'autonomia gestionale e dell'imparzialità decisionale del DG, cercando di migliorarne le regole di nomina con l'adozione di criteri meritocratici.

Il D.Lgs. n. 171/2016, che ha dato attuazione alla delega contenuta nella legge *Madia* (art. 11, comma 1, lettera *p*), è stato modificato dal decreto correttivo D.Lgs. 26 luglio 2017, n.126. Ulteriori modifiche e precisazioni sono state apportate da due decreti-legge (D.L. n. 35/2019 e D.L. n. 44/2021) e dalle relative leggi di conversione.

Il procedimento di formazione degli elenchi di idonei alla nomina dei DG e di conferimento dell'incarico è disciplinato puntualmente dal D.Lgs. n. 171/2016. In particolare, l'art. 1 regola il procedimento di formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e degli altri Enti del Servizio Sanitario Locale, mentre l'art. 2 è dedicato alle disposizioni relative al conferimento dell'incarico di Direttore Generale.

Ai sensi dell'art. 2, co. 2, D.Lgs. n. 171/2016, il provvedimento di nomina, conferma o revoca del DG è motivato e pubblicato sul sito internet istituzionale della Regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al *curriculum* del nominato, nonché ai *curricula* degli altri candidati inclusi nella rosa. All'atto della nomina di ciascun Direttore Generale, le Regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

In sintesi, la **normativa nazionale** prevede la creazione e l'aggiornamento di un Elenco nazionale di idonei alla candidatura di Direttore Generale di Aziende sanitarie e la creazione in ogni regione di un Elenco regionale di idonei (che devono fare parte dell'Elenco nazionale), all'interno del quale la Regione, con le prescritte procedure, sceglie le figure da nominare.

Nella parte relativa alla formazione dell'Elenco nazionale sono fissate le caratteristiche della Commissione nazionale e i criteri/punteggi in base ai quali creare l'elenco.

2.2. Per la **Regione** la L. reg. n. 33/2009 (T.U. delle leggi regionali in materia di sanità), all'art. 12, commi 1-*bis* / 6, rinviando alle fonti normative statali precedentemente citate, stabilisce le regole di dettaglio per la formazione della rosa dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale per la Regione Lombardia. In particolare, si prevede che la Commissione regionale di cui all'articolo 2, comma 1, D.Lgs. n. 171/2016 individui tra gli idonei al conferimento dell'incarico di DG le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, in un numero tra il quadruplo e il quintuplo dei direttori da nominare.

I criteri di composizione della Commissione regionale e le procedure per le Delibere di nomina dei DG sono fissati nei seguenti termini:

- la Regione, con avviso pubblico, rende noto l'incarico che intende attribuire;
- la Commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione con criteri e modalità definite dalla stessa Regione e composta da esperti, ha il compito di valutare gli aspiranti all'incarico e di proporre al Presidente la rosa di candidati;

- la rosa di candidati selezionati, inizialmente fissata tra 3 e 5, a seguito della recente modifica normativa del 2017 non subisce alcun vincolo numerico;
- il Presidente sceglie all'interno della rosa il candidato che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico;
- la Delibera di nomina deve essere **motivata e pubblicata** sia sul sito della Regione sia sul sito dell'Azienda, unitamente al CV del nominato e ai CV degli altri componenti la rosa (non nominati);
- all'atto della nomina la Regione fissa gli **obiettivi** (di salute, funzionamento dei servizi ecc.) per ciascun nominato relativamente allo specifico incarico;
- seguono le indicazioni per i controlli successivi e per la eventuale revoca.

In particolare, è prevista la nomina della Commissione regionale con il compito di selezionare una rosa di candidati, inizialmente compresa fra il doppio e il triplo delle nomine, e le modalità d'intesa con il Rettore nel caso di Aziende in cui si svolgono corsi delle Facoltà di Medicina. La nomina della Commissione avviene con decreto del Presidente di Regione.

Va sottolineata la scelta della Regione Lombardia di disporre di un'unica rosa di candidati (inizialmente in numero di 100, poi aumentato a 300 nella proposta di riforma "Moratti" e infine stabilita in un numero tra il quadruplo e il quintuplo dei direttori da nominare), inserendosi in un unico insieme Aziende tra loro diverse per dimensioni, finalità, complessità di funzioni e organizzazione gestionale, il cui numero (40) è peraltro superiore a quello di altre Regioni.

Tale scelta è obiettivamente diversa da quella adottata da altre Regioni (con un numero più basso di aziende), che non prevedono una sola rosa ma più rose in funzione delle diverse tipologie aziendali. Ma, a ben vedere, si tratta di realtà territoriali molto differenziate.

Si segnala la più recente D.G.R. XI/265 del 28 giugno 2018, relativa all'avviso pubblico per la selezione per il conferimento degli incarichi di DG delle strutture sanitarie pubbliche lombarde, preordinata alla presentazione delle manifestazioni di interesse ai fini della formazione della rosa da parte della Commissione regionale, prima della emanazione dei provvedimenti di nomina. Sicché alla formazione della rosa di idonei da parte della Commissione, ispirata a criteri di discrezionalità amministrativa e/o tecnica, segue il provvedimento di nomina quale atto di alta amministrazione.

3. Analisi delle Delibere di nomina dei DG delle Aziende sanitarie lombarde per i profili della trasparenza, della motivazione e degli obiettivi

Sono state analizzate tutte le Delibere di nomina dei DG delle 40 aziende sanitarie lombarde (8 ATS, 27 ASST, 4 IRCCS, 1 AREU) ed è stata effettuata la verifica delle tre principali caratteristiche previste dalla Legge *Madia* relativamente ai profili della trasparenza, degli oneri motivazionali dei provvedimenti amministrativi e degli obiettivi da conseguire.

Trasparenza

Dal punto di vista della trasparenza i punti sottoposti a verifica sono due:

1. pubblicazione sul sito della Regione di tutte le Delibere di nomina, dei CV dei DG nominati e dei CV di coloro che, facendo parte della rosa, non sono stati nominati;
2. pubblicazione sul sito di ciascuna Azienda sanitaria della Delibera di nomina del DG scelto, del suo CV e dei CV degli altri candidati componenti la rosa non nominati.

La verifica ha evidenziato che sul sito della Regione Lombardia

(<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/personale-del-sistema-sanitario-convenzionati-e-formazione-continua/elenchi-idonei-direzioni-strategiche/elenchi-idonei-direzioni-strategiche>):

- non compaiono le Delibere di nomina, né i CV dei facenti parte la rosa dei candidati. Nella pagina “Elenchi degli idonei a ricoprire incarichi di direzione strategica” è presente la documentazione relativa alla nomina della Commissione regionale (il decreto n. 145/2018 di costituzione dell’ultima Commissione e i CV dei componenti la Commissione), ma non risultano gli esiti della selezione, né i CV degli idonei componenti la rosa e dei soggetti nominati.

- quasi ogni sito aziendale riporta la Delibera di nomina e il CV del nominato (alcune mancanze sono state prontamente sanate, su segnalazione), mentre in nessuno di essi sono presenti i nomi e i CV dei componenti la rosa non nominati. Più precisamente, l'83% dei siti aziendali riporta la Delibera di nomina e il CV del nominato, il 17% solo uno dei due documenti, il 100% non riporta nomi e CV degli altri candidati non nominati.

Motivazione

La seconda verifica ha riguardato la presenza o meno di adeguate ed esplicite motivazioni per la scelta di un candidato rispetto ad altri.

La verifica ha evidenziato che circa il 90% delle Delibere di nomina adottano tecniche di motivazione generiche e sovrapponibili, pure in presenza di realtà aziendali fra loro diverse per problematiche gestionali e organizzative, servizi e bilancio.

Va rimarcato, in proposito, che la motivazione stereotipa presente nel 90% dei casi, siccome meramente apparente, aumenta il rischio di allargare gli spazi del contenzioso giurisdizionale.

Ad esempio:

*“**PRESO ATTO** che il Presidente, in seguito a tale valutazione collegiale, propone per la nomina in oggetto, [...], in quanto il curriculum vitae del candidato evidenzia che lo stesso ha maturato una qualificata e pluriennale esperienza dirigenziale di direzione tecnica o amministrativa;*

***RITENUTA**, pertanto, pienamente condivisibile l'indicazione del dott. [...] per la nomina adirettore generale dell'ASST di [...], data la coerenza delle esperienze maturate dal candidato rispetto alle mansioni da svolgere e agli obiettivi da perseguire;”*

Obiettivi

La presenza degli obiettivi è importante non solo perché esplicitamente prevista dalla normativa ma anche perché ogni nominato alla guida di una specifica Azienda sanitaria deve perseguirli nell'arco del mandato ed è sottoposto a verifiche periodiche

del suo operato.

Va rilevato che gli obiettivi vengono assegnati non prima bensì dopo la nomina, sulla quale domina l'elemento "fiducia" nel senso, chiarito dalla giurisprudenza, che, visti il CV dell'idoneo e le valutazioni della Commissione, la Regione esprime una prognosi di convergenza tra quella professionalità e la azienda che andrà a dirigere, in funzione del perseguimento di quei risultati che verranno poi dettagliati negli obiettivi aziendali e direzionali, tenuto conto delle peculiari caratteristiche (finanziarie, cliniche, organizzative ecc.) di ogni singola azienda.

Orbene, la verifica di questa caratteristica nelle motivazioni delle Delibere di nomina ha fornito questo esito: solo per due Aziende si registra un accenno agli obiettivi, che, viceversa, per il 95% delle Aziende sono assenti (30%) o menzionati in termini generici e sovrapponibili (65%).

Ad esempio:

"RITENUTO, *altresì, di assegnare al direttore generale, per la durata del mandato, i seguenti obiettivi, da realizzare con riferimento alle risorse che verranno annualmente stabilite con i provvedimenti che definiscono le regole di gestione del servizio sociosanitario:*

- *contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri;*
- *riordino della rete d'offerta;*
- *integrazione ospedale e territorio e presa in carico del paziente cronico;*
- *omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali;"*

Fenomeno questo rilevato anche per l'operazione di sostituzione e ricollocazione dei DG, che, nonostante la rilevanza per alcuni di essi del cambio di tipologia dell'Azienda, sono pure caratterizzate da formulazioni generiche e sovrapponibili, del tipo:

"DATO ATTO *che il grosso impegno messo in campo dal sistema sanitario nell'affrontare la gestione della pandemia determina la necessità di porre in essere tutte le azioni per ridare nuovi stimoli al sistema stesso anche attraverso un avvicendamento delle professionalità in esso operanti da spendere nelle diverse realtà che caratterizzano il territorio lombardo, con il medesimo obiettivo di contribuire ad implementare ed elevare la qualità del sistema sanitario regionale;*

"RITENUTO *pertanto di modificare,la sede di assegnazione dell'incarico conferito aldott. XY nominandolo Direttore Generale dell'Azienda di WZ,.....".*

4. Osservazioni conclusive

La verifica delle procedure seguite nell'adozione delle Delibere di nomina dei DG delle Aziende sanitarie lombarde ha fatto emergere – come si è detto – alcuni profili di *criticità* in materia di trasparenza, motivazione e obiettivi.

Restano ferme e insindacabili nel merito le scelte di nomina attribuite in via esclusiva alla competenza della Giunta Regionale (per le quali va pure rilevato che non risultano contenziosi significativi), perché intrise da discrezionalità e caratterizzate dalla fiducia.

Si rappresenta tuttavia l'esigenza di:

- i) allargare l'area della trasparenza e degli oneri informativi riguardanti, a livello regionale e aziendale, sia i nominati che i componenti della rosa non nominati;
- ii) esplicitare congruamente le motivazioni di ciascuna nomina, evitando formule stereotipe, in riferimento alle specifiche caratteristiche aziendali e al profilo professionale del nominato;
- iii) dettagliare adeguatamente gli obiettivi assegnati al nominato in relazione alla specifica Azienda cui la nomina si riferisce.

Al fine di migliorare lo standard di obiettiva funzionalità delle procedure, si suggerisce inoltre di valutare l'opportunità di:

- predisporre, Azienda per Azienda, un quadro di caratteristiche (gestione, bilancio, servizi, organizzazione, ristrutturazione ecc.) da esplicitare nell'avviso per la selezione degli incarichi e/o nell'atto di nomina della Commissione regionale, al fine di rendere chiaro il contributo atteso per ogni Azienda nella strategia generale di politica sanitaria della Regione. In tal modo la selezione dei candidati indicati per ciascuna Azienda sarebbe più agevole per la Commissione, così come sarebbe agevolata la scelta finale dei nominati;
- prendere in considerazione, quanto alla procedura selettiva, l'ipotesi alternativa che la Commissione regionale – come avviene in altre Regioni - predisponga più rose di candidati, ognuna in relazione a ciascun tipo di incarico da conferire, tenuto conto delle diverse tipologie di

Aziende (ATS, ASST, IRCCS, AREU) o dei differenti fattori aziendali, quali le dimensioni e la complessità delle funzioni, ferma restando la legittimità della differente scelta a favore di un'unica rosa di candidati.

DELIBERAZIONE N. 17 seduta del 21 novembre 2022

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti i seguenti componenti dell'Organismo:

Giovanni Canzio	- Presidente
Alessandro Bernasconi	- Componente
Stefano Bignamini	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente dirigente della Struttura Audit
Emanuele Prospero	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione del documento "Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori dei Conti in tema di fidejussioni" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 2.2. del Piano delle Attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

L'atto si compone di n. 24 pagine di cui n. 22 pagine allegate quale parte integrante

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, hanno presentato il documento “Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori dei Conti in tema di fideiussioni” relativo allo sviluppo dell’obiettivo 2.2. del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 “Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo” e successive modifiche integrazioni;

con il voto unanime di tutti i presenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento avente ad oggetto “Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori dei Conti in tema di fideiussioni” relativo allo sviluppo dell’obiettivo 2.2. del Piano delle Attività 2022 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, al Collegio dei Revisori di Conti di RL, ai Soggetti interessati, e, per conoscenza, al Segretario Generale della Giunta di Regione Lombardia, al Direttore della Direzione Centrale Bilancio e Finanza, al Dirigente della U.O. Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

Ob. 2.2 PdA 2022 Orac – Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti Sireg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti Sireg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori.

Sommario: **1.** Premessa e obiettivo del Piano delle Attività; **2.** Scopo del lavoro e metodologia di analisi; **3.** Contesto normativo e singoli indici; **3.1.** Parte I: verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione; **3.2.** Parte II: rischio di contraffazione e idoneità della garanzia; **3.3.** Parte III: verifica della solvibilità del garante, della conservazione della garanzia e dello svincolo; **4.** Evidenze Emerse e conclusioni.

1. Premessa e Obiettivo del Piano delle Attività.

In relazione all'Obiettivo 2.2 del Piano delle Attività dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, annualità di riferimento 2021/2022, avente ad oggetto le intese collaborative tra Orac e altri organismi operanti in ambito regionale, si è prevista una collaborazione con il Collegio dei Revisori di Conti di Regione Lombardia, in linea con quanto prescritto dall'art. 5 della legge regionale 28 settembre 2018, n. 13 (Istituzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo), a mente del quale, per favorire il necessario coordinamento tra le diverse attività di controllo interno, Orac opera in raccordo con il Collegio dei Revisori dei Conti di cui all'art. 2 della legge regionale 17 dicembre 2012, n. 18.

In particolare, è stata concertata una azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle *fideiussioni*, già avviata all'interno della Giunta regionale ad opera della Direzione Centrale competente in materia di bilancio e finanza, e ora estesa agli enti del sistema regionale (Sireg).

Il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia ha in un primo momento, avviato una attività di verifica del monitoraggio e del controllo effettuato dagli uffici competenti di Regione Lombardia con riferimento alle garanzie fideiussorie rilasciate a favore dell'ente.

Tale verifica ha rappresentato il punto di partenza necessario per impostare una attività di lavoro finalizzata al monitoraggio della corretta gestione delle fideiussioni, al fine di prevenire rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili, che possano comportare difficoltà nell'ottenimento della prestazione di garanzia al momento dell'escussione.

In un secondo momento, su richiesta del Collegio dei Revisori dei Conti, la funzione audit ha attivato una attività di verifica, nelle forme scelte da ciascun ente, sulle fidejussioni delle società *in house* di Regione Lombardia.

Gli esiti di tale attività sono stati rendicontati nella Relazione Annuale sull'attuazione del Piano di Audit 2021 (paragrafo 2.2. "*Rete degli Internal Auditors*") e, per quel che concerne l'intervento di Orac, nella Relazione conclusiva del primo semestre 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

Da ultimo, Orac e il Collegio dei Revisori hanno ritenuto opportuno richiamare l'attenzione di quegli enti del sistema regionale (l. r. 30 del 2006), il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia – selezionando così una più ristretta categoria di enti rispetto alla totalità dei soggetti che compongono il SiReg – affinché fosse riservata la dovuta attenzione alla tematica del corretto monitoraggio delle garanzie fideiussorie prestate a proprio favore.

A tal fine, è stata elaborata una nota avente ad oggetto il "*controllo e il monitoraggio delle garanzie fideiussorie per gli enti Sireg*", firmata congiuntamente dal Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e dalla Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia (di seguito: *nota congiunta*).

Gli enti destinatari della nota – 8 ATS (Agenzie di Tutela per la Salute), 27 ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), 4 IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), 4 ALER (Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale), l'AREU (Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza) e PoliS (Istituto Regionale per il Supporto alle Politiche della Lombardia); per un totale di **46 soggetti campionati** – sono stati invitati ad effettuare un controllo delle garanzie fideiussorie, *adottando i criteri, le modalità e le procedure dagli stessi ritenuti più utili ed opportuni* in vista del perseguimento del fine di un compiuto monitoraggio.

Nella nota, sono stati richiamati alcuni indici di riferimento su cui concentrare il controllo, per fornire una indicazione orientativa agli enti del SiReg nell'espletamento della verifica in commento, e precisamente:

- (i) la legittimazione del soggetto che rilascia la garanzia;
- (ii) la sua affidabilità;
- (iii) le eventuali sospensioni della abilitazione;
- (iv) l'oggetto della garanzia;
- (v) l'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti;
- (vi) la durata e l'idoneità del periodo di copertura;
- (vii) le modalità di svincolo e di escussione;
- (viii) la adeguata custodia del documento e la valutazione dei profili formali afferenti alla singola garanzia prestata.

Gli enti del SiReg il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia hanno dunque condiviso gli esiti del controllo e del monitoraggio in oggetto,

rispondendo con sollecitudine alla citata nota congiunta e presentando le rispettive relazioni.

2. Scopo del lavoro e metodologia di analisi.

Lo scopo del presente lavoro consiste nell'esplicitare i risultati ottenuti all'esito dell'analisi delle relazioni degli enti SiReg campionati, fornite in risposta alla nota congiunta del Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e della Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia. Secondo la prospettiva di Orac, i risultati della analisi condotta permettono non solo di rappresentare le attuali modalità e caratteristiche mediante le quali gli enti del sistema regionale effettuano controlli sulle fidejussioni stipulate a garanzia dei contratti pubblici delle amministrazioni, ma possono altresì consentire e rendere possibile, nel prossimo futuro, l'estensione di quelle prassi virtuose, già rinvenute nell'attività di alcuni degli enti monitorati, all'intero sistema regionale. Infatti, l'insieme dei soggetti pubblici analizzati ha dimostrato, come si vedrà, di contenere al suo interno mezzi e capacità più che adeguati all'espletamento di un controllo puntuale sui profili di adeguatezza e idoneità delle cauzioni contratte, potendosi dunque sensibilizzare tutte le amministrazioni del sistema al raggiungimento di un siffatto *gold standard*.

Appare dunque opportuno premettere una illustrazione generale della metodologia seguita nell'esaminare le relazioni degli enti.

Molteplici previsioni normative dell'ordinamento impongono la presentazione di una garanzia finanziaria per l'accesso a una attività economica o per la partecipazione a procedure di evidenza pubblica. In particolare, in base al D. Lgs. 50/2016 (cd. *Codice dei contratti pubblici*) è necessaria la stipulazione di un contratto di garanzia provvisorio per tutti i soggetti partecipanti alla gara e, per quel che maggiormente interessa in questa sede, di un contratto di garanzia definitivo per l'aggiudicatario, di modo che gli obblighi connessi al contratto di appalto o di concessione concluso possano essere garantiti da un soggetto terzo, dotato di requisiti di solvibilità e di solidità finanziaria tali da assicurare l'incameramento della somma garantita in caso di inadempimento dell'obbligato in via principale.

Tra gli obblighi di acquisizione di una garanzia previsti dal Codice dei contratti pubblici si annoverano le fidejussioni per: (i) la cauzione provvisoria (art. 93); (ii) la cauzione definitiva (art. 103, co. 1); (iii) per la rata di saldo (art. 103, co. 6); (iv) per la risoluzione (art. 104); per l'anticipazione (art. 35, co. 18).

Beneficarie di queste garanzie sono le pubbliche amministrazioni (nel corso di un procedimento di autorizzazione o di un procedimento di evidenza pubblica, destinato a concludersi con la stipulazione di un contratto di diritto speciale), le quali vengono così coperte dal rischio di inadempimento dell'operatore economico che chiede l'autorizzazione o partecipa alla gara.

Le garanzie in commento possono essere costituite: da una cauzione reale, consistente nel deposito di una somma di danaro; da una fideiussione finanziaria, rilasciata da una banca o da altro intermediario finanziario a ciò autorizzato; da una polizza assicurativa fideiussoria, emessa da una compagnia assicurativa.

Nel corso degli anni, si sono rese sempre più evidenti le potenziali criticità in relazione alle fideiussioni.

In particolare, le garanzie fideiussorie comportano per i garanti impegni finanziari spesso consistenti, specie là dove si tratti della necessità di assicurare i rischi connessi ad una procedura di evidenza pubblica, con la nefasta evenienza, dunque, che il patrimonio di garanzia non riesca a coprire l'entità dell'importo garantito.

Inoltre, gli impegni assunti dal fideiussore sono di lunga durata, con conseguenti possibili modificazioni della consistenza finanziaria del garante nel corso del tempo, di modo che, intervenuto a distanza di anni l'inadempimento dell'obbligato in via principale, il patrimonio di garanzia risulti modificato in negativo rispetto al momento originario in cui si è stipulato il contratto di garanzia.

Infine, è accaduto che le garanzie in discorso siano state stipulate da soggetti non legittimati, o si siano rivelate addirittura falsificate. In altri casi, invece, è risultato difficoltoso escuterle a causa dell'insolvenza del garante o, più frequentemente, a ragione della sua pretestuosa opposizione di eccezioni, resa possibile dall'inserimento di clausole non chiare nel contratto di fideiussione.

Per tali motivi il tema è attenzionato, come dimostrato anche dal documento rilasciato dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Ivass), da Banca d'Italia, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac) e dalla Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (Agcm), dal titolo "*garanzie finanziarie: suggerimenti per le pubbliche amministrazioni e altri beneficiari*", documento emanato con l'obiettivo di fornire un supporto alle pubbliche amministrazioni. Nel testo vengono chiarite le modalità più opportune per lo svolgimento di controlli preliminari rispetto alla stipula di contratti di fideiussione, al fine di prevenire rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori abusivi o inaffidabili, con correlative difficoltà di escussione.

Orac e il Collegio dei Revisori, dunque, hanno inteso analizzare le modalità con cui gli enti del sistema regionali effettuano il controllo sulle fideiussioni, prima e dopo la stipulazione, verificando le risposte degli enti alla nota congiunta.

Atteso l'elevato livello di dettaglio che ha caratterizzato alcune delle relazioni fornite in risposta dagli enti Sireg, si è deciso di classificare i dati ottenuti attraverso la formulazione di una **check list**, elaborata utilizzando il citato documento realizzato da Ivass, Bdl, Anac e Agcm, **composta da 19 quesiti oggetto di indagine** (*check list allegata alla presente relazione*). Tali quesiti corrispondono alle indicazioni orientative fornite agli enti con la nota congiunta stessa, specificandone i contenuti.

La formulazione dei quesiti, come meglio si cercherà di esplicitare in dettaglio, attraverso l'analisi puntuale di ciascuno degli stessi, è stata il più possibile ampia e

generica: in tal modo si è cercato di compendiare i dati forniti – secondo criteri differenti – dai diversi enti campionati.

Il tentativo di elaborare una unica griglia di analisi, la quale potesse fungere da strumento idoneo a fotografare la realtà, spesso variegata, rappresentata dai diversi enti, si è reso necessario a ragione della diversità dei criteri redazionali, delle formule espositive e della profondità dell'indagine svolta da ogni singolo soggetto richiesto del monitoraggio delle fidejussioni attraverso la nota congiunta.

In altri termini, con lo strumento della check list, confezionato *a posteriori* rispetto all'ottenimento dei dati da parte degli enti Sireg, si è cercato di uniformare la valutazione delle relazioni ottenute, sintetizzando in un unico dispositivo la diversità, talvolta evidente, dei criteri con cui le relazioni di risposta alla nota congiunta sono state formulate.

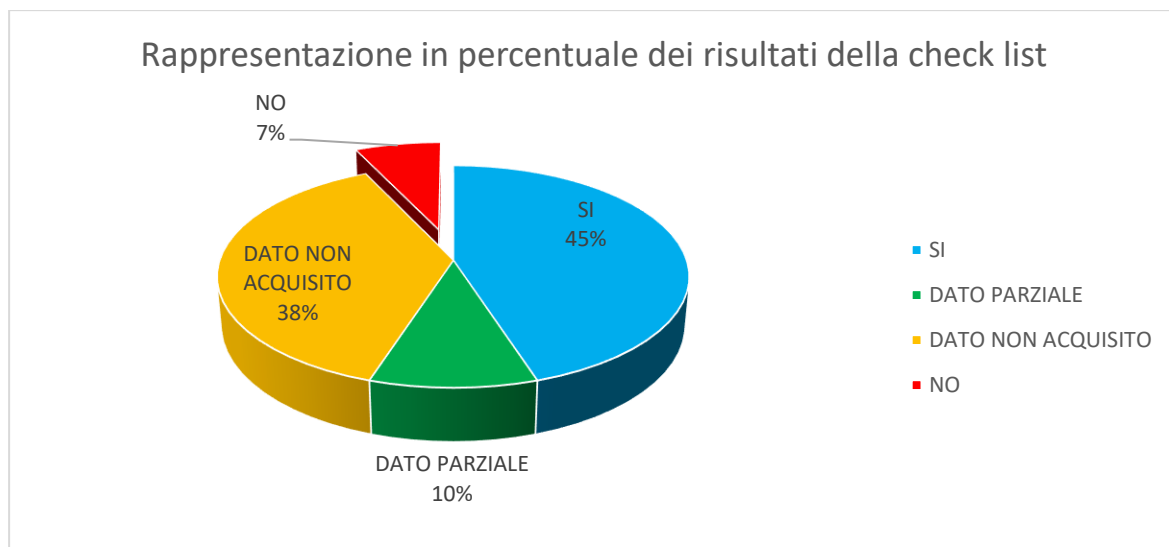
Per tali motivi, si è deciso di compilare la check list, in relazione a ciascun quesito oggetto d'indagine, attraverso la selezione di una tra quattro **alternative di classificazione** elaborate: “**sì**”, “**no**”, “**dato parziale**”, “**dato non acquisito**”.

In particolare, è di palmare evidenza l'interpretazione da fornire in relazione alle opzioni “**sì**” / “**no**”: con esse si vuole indicare se il singolo ente abbia dato risposta positiva o meno al singolo quesito d'indagine.

Attraverso l'opzione “**dato parziale**”, invece, si evidenzia il riscontro di una generica risposta positiva al quesito d'indagine, là dove, pur tuttavia, dalla lettura della relazione inviata dall'ente, non risulta l'indicazione specifica dei dati di dettaglio richiesti. Tale opzione compare, dunque, ogniqualvolta la relazione fornita consente di dedurre un generico riscontro positivo al quesito, senza però darne evidenza puntuale.

Con l'opzione “**dato non acquisito**”, da ultimo, si vuole indicare la circostanza che dalla lettura della relazione fornita dall'ente non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempimento al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto. In altri termini, con la voce “dato non acquisito”, si evidenzia una non congruenza tra quanto analizzato *a posteriori* e quanto descritto in relazione dal soggetto censito; evenienza ben comprensibile, se si pone mente al fatto che le relazioni di risposta degli enti sono state redatte autonomamente, in piena libertà di selezione dei criteri e delle modalità da utilizzare.

Fin d'ora, prima di analizzare nel dettaglio i singoli quesiti, può essere rappresentato il dato finale: di 874 quesiti oggetto di indagine, attraverso i quali sono state analizzate le risposte di 46 enti, a livello globale le risposte **positive** risultano essere **il 44%, quelle negative il 6%, con un 10% di “dati parzialmente positivi” e un 40% di “dati non acquisiti”**. Si riporta un grafico complessivo espressivo dei risultati ottenuti dal censimento, da cui è stato escluso il quesito d'indagine relativo all'avvenuto svolgimento di audit sulle fidejussioni, in quanto quesito non afferente in senso stretto al merito delle forme ottimali di controllo delle garanzie stipulate.



Emerge, dunque, una generale situazione di positivo riscontro – il 54% dei risultati ottenuti (45% sì e 10% del dato parzialmente positivo) – circa la presenza delle cautele necessarie ad evitare la stipula di contratti di fideiussione che possano esporre la pubblica amministrazione, data la non idoneità del garante, al rischio di non incameramento della somma garantita nel caso di necessità.

Occorre, ad ogni modo, segnalare che la bassa stima di dati negativi (“no”) discende dalla circostanza che si è preferito, a livello di metodo, utilizzare questa opzione solo là dove, dalla lettura delle relazioni dei soggetti analizzati, è emersa con chiarezza e in maniera non equivoca una situazione di non conformità.

L’elevata percentuale dei “dati non acquisiti” è imputabile, invece, alla diversità dei criteri redazionali utilizzati dalle singole amministrazioni per rispondere alla nota congiunta e alla circostanza che i criteri di indagine sono stati definiti nel dettaglio *a posteriori*, nel corso del lavoro di censimento globale.

Il “dato non acquisito” è, pertanto, un dato intrinsecamente equivoco e in relazione al quale va fornita una interpretazione cauta, poiché non si deve tradurre automaticamente in un riscontro di carattere negativo: potrebbe alternativamente trattarsi (i) di una situazione in cui l’ente sia sostanzialmente adempiente al singolo profilo analizzato, ma non ne abbia dato conto nella relazione di risposta alla nota congiunta; (ii) di una sostanziale inadempienza al singolo quesito, non censita come un “no” a ragione della impossibilità di risolvere il dubbio tra la difformità reale o la semplice non rappresentazione del riscontro.

Ad esempio, una Asst ha fornito una relazione di risposta alla nota congiunta estremamente particolareggiata, risultato del coinvolgimento dei Direttori delle UOC Acquisti, Sia, Ingegneria Clinica e Tecnico-Patrimoniale e della funzione di Audit. La relazione in discorso risulta infatti particolarmente analitica nella diversificazione dei profili indagati circa il monitoraggio delle fideiussioni. La Asst ha dunque dichiarato - autonomamente - un non utilizzo di possibili strumenti utili al

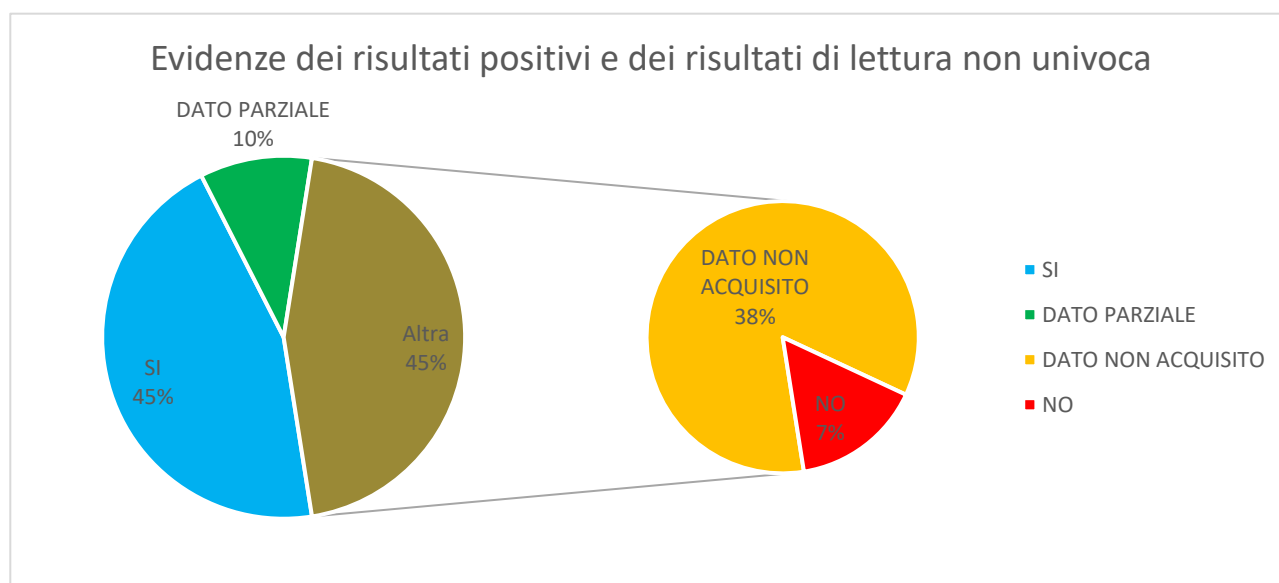
monitoraggio delle garanzie, rappresentando correlativamente la volontà di migliorare la tecnica del controllo nei prossimi anni.

L'esempio serve a rappresentare un altro possibile *bias* metodologico del presente lavoro, da conoscere per interpretare in maniera corretta i dati censiti. È infatti accaduto che alcuni enti, nelle relazioni di risposta, abbiano fornito indicazioni puntuali anche sui possibili margini di miglioramento e sulle azioni allo stato non intraprese. Ne consegue che tali soggetti, nel risultato globale di questa analisi, possono risultare addirittura penalizzati: di essi si ha la certezza della sostanziale non conformità ad un singolo quesito di indagine, in quanto tale non conformità risulta essere "auto dichiarata" e, conseguentemente, sono quantitativamente maggiori i dati negativi censiti (i "no"). Invece, altri enti del Sireg hanno fornito relazioni di risposta alla nota congiunta più contenute ed essenziali: di essi, dunque, si ha una riduzione quantitativa dei casi negativi rispetto ai singoli quesiti, con un correlativo aumento dei "dati non acquisiti".

Può dunque dirsi che le situazioni di positivo riscontro si appuntano con certezza sulle soluzioni del "sì" e del "dato parziale", atteso che, con tale seconda opzione, si indica una generica evidenza positiva, benché non dettagliata. Ne risulta che, a livello complessivo, la somma di tali fattori compone il dato positivo dell'indagine (55%).

Il residuo 45% è composto, da un lato, da una chiara situazione di difformità rispetto al *gold standard*, censito attraverso il "no" (7%), e, dall'altro, dalla zona grigia del "dato non acquisito", dietro il quale potrebbe celarsi tanto una difformità quanto una situazione di riscontro positivo, sebbene non emergente dalla relazione di risposta.

Di seguito una rappresentazione grafica.



3. Contesto normativo e singoli indici.

Tanto premesso in ordine al metodo utilizzato per elaborare il presente censimento, è ora possibile analizzare nel dettaglio i singoli quesiti oggetto d'indagine.

La check list si compone di tre parti distinte:

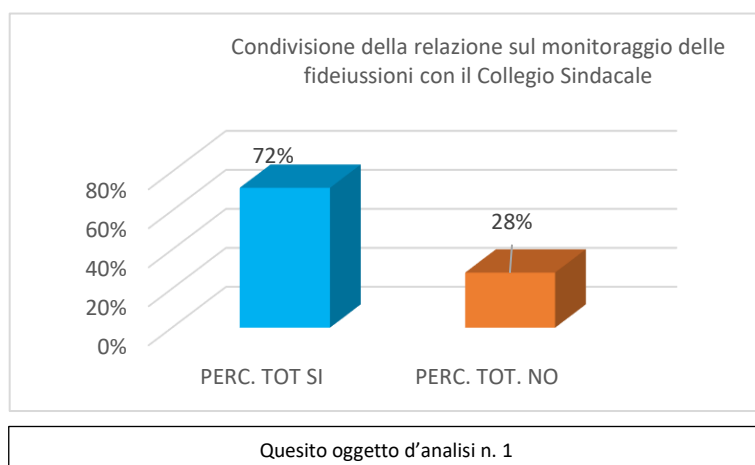
- (i) le verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione (8 quesiti);
- (ii) Il rischio di contraffazione e l'idoneità della garanzia (4 quesiti);
- (iii) La verifica della solvibilità del garante, la conservazione della garanzia, lo svincolo (4 quesiti).

Due campi di indagine, invece, si pongono al di fuori della citata suddivisione in parti, e con essi si indaga, in via preliminare, se:

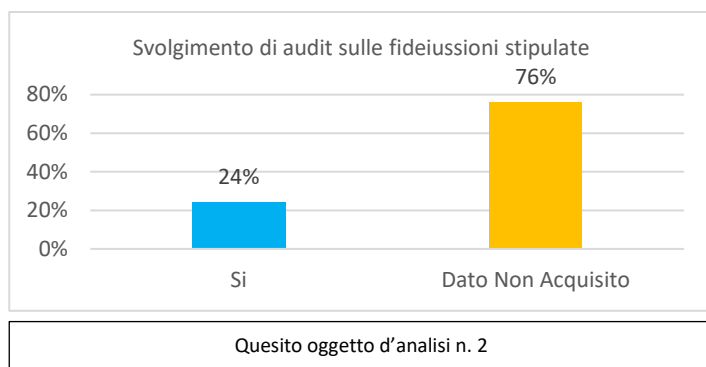
- (i) la relazione di analisi delle fideiussioni sia stata condivisa con altro organo all'interno dell'ente - Quesito oggetto d'analisi n 1;**
- (ii) se sia stato svolto un audit interno sul tema delle fideiussioni - Quesito oggetto d'analisi n 2.**

Sub (i) - La necessità di indagare la condivisione della relazione di monitoraggio delle fideiussioni contratte dall'ente con altri organismi interni corrisponde all'esigenza di verificare se vi sia un flusso di informazioni tra i diversi soggetti deputati al controllo.

Ebbene, risulta che il 72% degli enti ha condiviso la relazione, esito del monitoraggio sulle fideiussioni contratte, con il Collegio Sindacale, con alcune punte virtuose: in particolare, la suddetta condivisione è stata effettuata dalla totalità delle Agenzie di Tutela della Salute.



Sub (ii) – Si è rilevato il numero degli enti che ha dichiarato di aver svolto un audit interno, al fine di analizzare le fideiussioni contratte dal punto di vista della legittimazione e della solvibilità del garante.



Ne è emerso che il 24% degli enti ha svolto l'audit in commento o ne ha programmato lo svolgimento nel corso dell'anno solare; il restante 76% non ha invece fornito indicazione alcuna circa l'avvenuto svolgimento di audit sul punto o circa la calendarizzazione degli stessi nel prossimo futuro.

Attese tali premesse generali, possono essere analizzate le singole voci della check list.

3.1. Parte I: Verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione.

L'attività consistente nella plurima stipulazione di contratti di garanzia, organizzata a livello imprenditoriale, rientra tra le attività riservate ex lege ai soggetti dotati delle particolari caratteristiche soggettive richieste dall'ordinamento. In particolare, le disposizioni legislative di riferimento stabiliscono i requisiti soggettivi necessari a seconda che si tratti di intermediari bancari e finanziari o di compagnie assicurative.

Si comprende, dunque, come un obiettivo fondamentale dell'indagine circa il monitoraggio delle fideiussioni contratte dagli enti del sistema regionale abbia riguardato le forme di controllo che gli enti medesimi apprestano in relazione ai requisiti di legittimazione soggettiva dei garanti.

In primo luogo, quindi, attraverso il **quesito oggetto d'analisi n. 3**, si è analizzato se gli enti Sireg curino la tenuta di un registro complessivo delle fideiussioni stipulate a proprio favore, con particolare riferimento ai contratti pluriennali in corso di esecuzione.

L'attività di censimento autonomo delle garanzie contratte, infatti, si presenta quale adempimento preliminare necessario al fine della maturazione di una piena cognizione dei diversi garanti dei contratti stipulati, con l'indicazione ulteriore delle scadenze temporali da monitorare per evitare il rischio che il contratto di fideiussione cessi di avere efficacia prima della scadenza del contratto garantito.

A seguire, dunque, nell'analisi degli enti che effettivamente curano la tenuta di un siffatto registro, con il **quesito oggetto d'analisi n. 4**, si è verificato in che modo lo stesso sia compilato: l'attenzione principale concerne la diversificazione dei dati essenziali, necessari per espletare un monitoraggio attento, nel corso del termine pluriennale di durata, sui diversi profili concernenti:

- (i) l'identificazione del garante, mediante indicazione della ragione sociale;
- (ii) la data del rilascio;

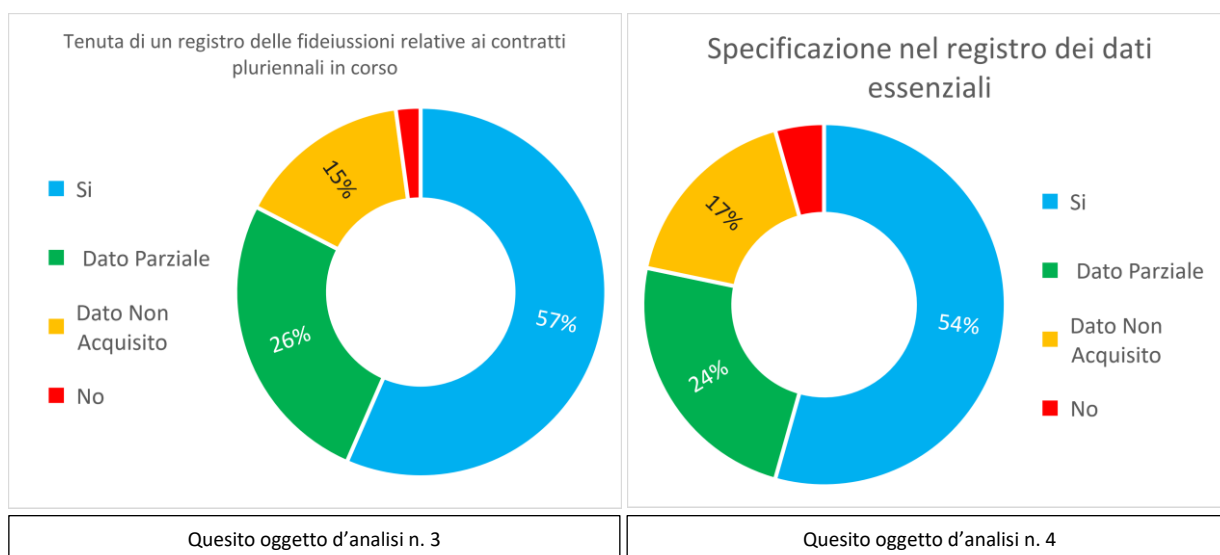
- (iii) l'importo della fideiussione;
- (iv) il riferimento al singolo contratto garantito;
- (v) il termine di scadenza.

Il riscontro di tali dati è positivo: dalla maggior parte delle relazioni di risposta degli enti del sistema si evince che gli stessi curano la tenuta di un registro dei contratti pluriennali di fideiussione, gestendone anche la compilazione in relazione ai dati essenziali prima citati.

Ad, esempio, una Asst, nel registro pluriennale, indica l'oggetto della garanzia con esplicito riferimento ai contratti garantiti, richiamando anche il procedimento amministrativo situato a monte rispetto alla stipula del contratto (specificando il tipo di procedura seguita nel corso dell'evidenza pubblica).

Si riporta, inoltre, l'indicazione del debitore obbligato in via principale in relazione a ciascun contratto di garanzia; l'importo dello stesso e gli elementi identificativi della polizza o del singolo negozio.

Di seguito una rappresentazione grafica dei riscontri:



Ciò premesso, sono stati analizzati i controlli eseguiti dagli enti circa il profilo della legittimazione soggettiva, là dove il garante sia un istituto bancario o finanziario.

In relazione agli intermediari bancari e finanziari, infatti, la normativa di riferimento è contenuta nel D. Lgs. 385/1993 (cd. *Testo Unico Bancario*) e dal relativo regolamento di attuazione (D.M. 2 aprile 2015, n. 53). Ai sensi del D. Lgs. 385/1993 l'attività di rilascio di garanzie nei confronti del pubblico è riservata esclusivamente a Banche o ad Intermediari finanziari o Confidi maggiori iscritti nell'albo di cui all'art. 106 del decreto.

In particolare, è possibile conseguire l'iscrizione all'Albo a seguito del positivo riscontro circa determinati requisiti organizzativi e di capitale, stabiliti dalle disposizioni di vigilanza e dalla circolare n. 288 del 3 aprile 2015 della Banca di Italia.

Tali indici, dunque, assegnano al singolo istituto un implicito giudizio di solidità finanziaria, da cui è lecito desumere l' idoneità dello stesso alla prestazione del servizio di stipulazione dei contratti di fideiussione.

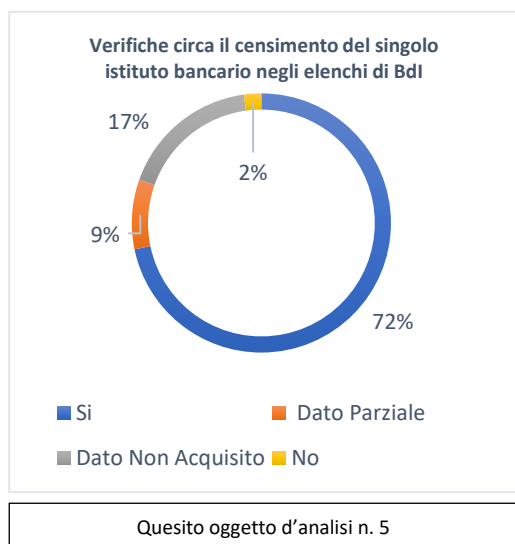
Qualora la garanzia sia costituita da una fideiussione, è dunque necessario verificare che la stessa sia rilasciata da una banca italiana, comunitaria o extracomunitaria, censita negli Albi ed Elenchi di Vigilanza pubblicati dalla Banca d'Italia, oppure da un intermediario finanziario, italiano o estero, o un confidi maggiore, censito in apposita lista consultabile sul sito di Banca d'Italia (la quale censisce gli enti abilitati al rilascio di garanzie non mutualistiche).

Benché i confidi minori svolgano attività di natura finanziaria, gli stessi non sono tuttavia autorizzati al rilascio di garanzie al beneficio delle pubbliche amministrazioni, essendo abilitati esclusivamente alla stipula garanzie collettive fidi, e, dunque, fuoriescono dall'ambito di indagine della presente analisi.

La Banca di Italia, inoltre, presta un ulteriore servizio utile ai controlli che le pubbliche amministrazioni possono svolgere in relazione alla stipula di un contratto di garanzia: la redazione di una *lista di anomalia*, non tassativa né esaustiva, al cui interno sono riportati i soggetti in relazione ai quali siano pervenute segnalazioni alla stessa Banca di Italia. In tal modo, è possibile per gli enti pubblici effettuare un controllo preliminare rispetto alla stipula di un contratto di fideiussione, verificando la lista dei soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione e visionando l'elenco di soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria o finanziaria in Italia.

Si comprende dunque la necessità di indagare quanti tra gli enti del Sireg siano avveduti circa l'opportunità di svolgere un siffatto controllo, prima di procedere alla stipulazione di una garanzia finanziaria a proprio favore.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 5**, infatti, si analizza se venga svolta una verifica che l'istituto bancario italiano comunitario o extracomunitario fideiussore risulti censito negli elenchi e negli albi della Banca d'Italia, ai sensi del 106 D. Lgs. 385/1993.



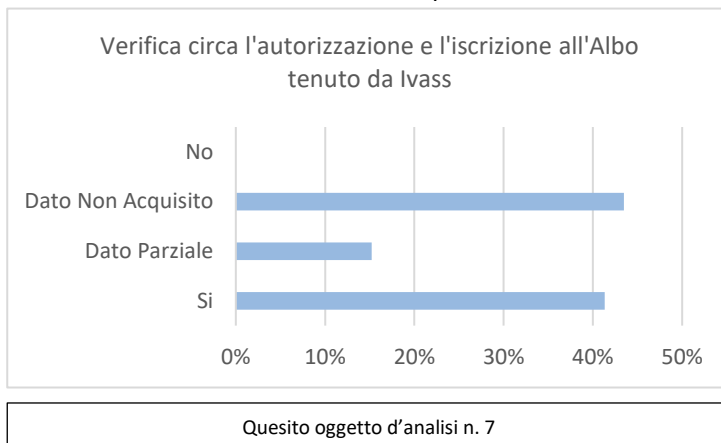
Ebbene, l'81 % degli enti ha dichiarato di effettuare tale controllo preliminare. Viceversa, il 2% ha esplicitamente dichiarato di non effettuare una simile verifica prima della stipula, mentre del 17% dei "dati non acquisiti", non si è allo stato in grado di riferire se una simile indagine venga compiuta o meno. Nel caso di specie, tuttavia, può positivamente essere evidenziato il "dato parziale" composto dal 9% dei soggetti campionati, atteso che gli stessi hanno genericamente dichiarato di svolgere un controllo circa la legittimità del fideiussore garante e che tale controllo non possa

concretamente svolgersi se non mediante una disamina della sua iscrizione o meno nell'albo e nell'elenco tenuto dalla Banca di Italia.

In modo speculare, con il **quesito oggetto d'analisi n. 6**, si è analizzato se venga controllato che il garante non risulti censito nelle citate liste di anomalia, redatte a cura della Banca di Italia, comprendenti i soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione e i soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria e finanziaria in Italia. La quasi totalità degli enti analizzati, nella relazione conclusiva di risposta alla nota congiunta, dichiarano di aver effettuato esplicitamente il controllo in discorso, a fronte di un esiguo 2% che ammette di non aver svolto il controllo.

Per quel che concerne le garanzie fideiussorie prestate attraverso la stipulazione di polizze da società di assicurazione, abilitate ai sensi del D. Lgs. 209/2005 (cd. *Codice delle assicurazioni private*), si è analizzato il profilo del controllo sotto due punti di vista.

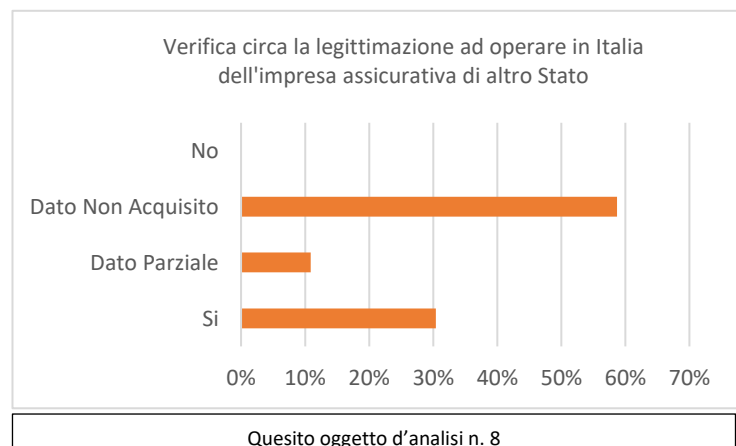
In primo luogo, con il **quesito oggetto d'analisi n. 7**, si è verificato se il controllo degli enti pubblici riguardi l'ottenimento dell'autorizzazione da parte dell'Ivass alla singola compagnia assicurativa italiana e, conseguentemente, se venga controllata l'iscrizione nell'albo delle imprese di assicurazione, tenuto dalla stessa Autorità Amministrativa Indipendente.



Ne è emerso che il 41% dei soggetti censiti ha dichiarato di svolgere una siffatta verifica. Ciò consente di attestare una situazione positiva del monitoraggio compiuto dagli enti Sireg, atteso che le società che prestano servizi di assicurazione iscritte nell'albo in discorso sono soggette alla vigilanza sulla solidità

finanziaria da parte dell'Ivass. Il 43% degli enti campionati, però, non ha fornito dati da cui desumere o meno lo svolgimento del controllo in discorso.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 8**, invece, si è indagato se, in riferimento alle imprese di assicurazione con sede in un altro Stato membro dell'UE, venga compiuta una analisi per verificare se l'impresa sia abilitata ad operare in Italia nel "ramo 15 - Cauzione", indipendentemente dalla predisposizione di una sede rappresentante stabile in Italia (cd. regime di libertà di stabilimento) o dallo

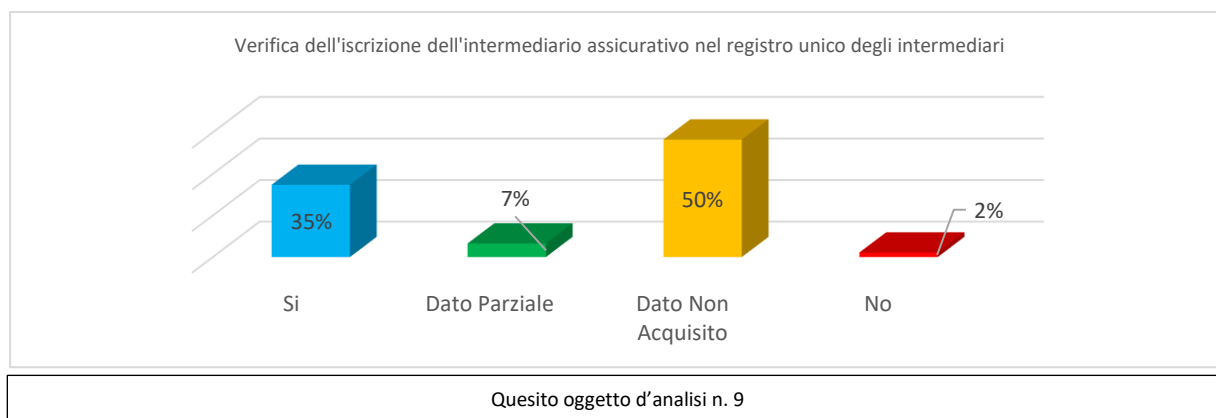


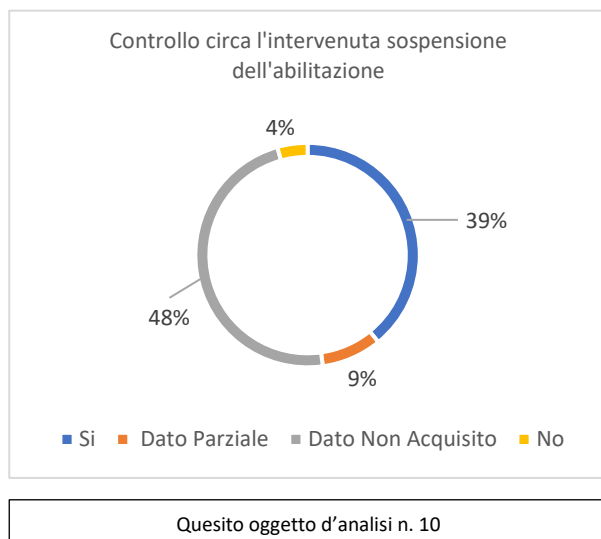
svolgimento dell'attività senza sede stabile (cd. regime di libera prestazione di servizi).

Si tratta di forma minima di controllo, poiché la vigilanza sulle caratteristiche finanziarie di dette società è effettuata dalla autorità competente ad effettuare tale supervisione dello stato membro di origine.

È emerso che più di un terzo degli enti vigilati hanno dichiarato esplicitamente di svolgere siffatta attività specifica di controllo o, almeno, dalla lettura delle relazioni di risposta alla nota congiunta può desumersi che tale controllo venga concretamente svolto.

Si è poi indagato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 9**, se gli enti analizzati svolgano un controllo circa la iscrizione dell'intermediario finanziario che ha proposto o che ha intermediato la polizza fideiussoria nell'apposito elenco pubblicato dall'Ivass. A fronte di un 35% di risposte positive, si è registrato il dato di un 2 % di esplicito no. Ad esempio, una Ats ha dichiarato che, quando sia presente un intermediario assicurativo – broker o agente – viene verificata la sua regolare iscrizione nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi o nell'elenco degli intermediari UE, pubblicati sul sito dell'Ivass.

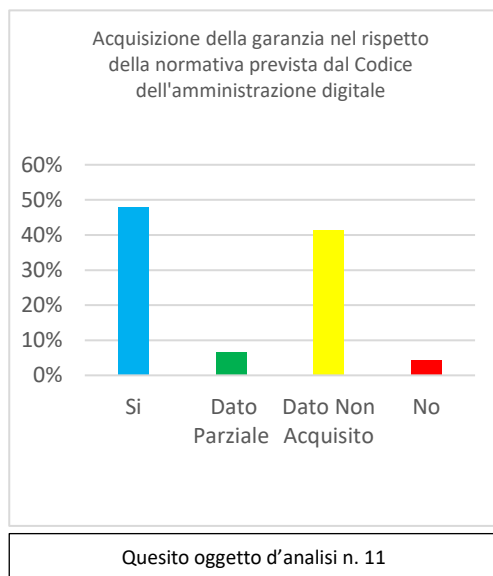




Infine, con il **quesito oggetto d'analisi n. 10**, si è focalizzata l'attenzione sul controllo circa l'eventuale sospensione dall'abilitazione, come richiesto nella nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori. Anche in tal caso, il totale delle possibili adempienze (48% - composto dal "sì" e dal "dato parziale") è quasi equivalente al totale delle situazioni in cui non è dato evincere dalle relazioni degli enti se la verifica in discorso venga svolta (48% - "dato non acquisito").

3.2. Parte II: Rischio contraffazione e idoneità della garanzia.

L'esperienza ha dimostrato che talvolta si possa assistere ad episodi di contraffazione delle garanzie. La tendenza all'aumento del fenomeno dell'abusivismo è riportata anche nel documento "Garanzie finanziarie: suggerimenti per le pubbliche amministrazioni e altri beneficiari", a firma congiunta di Ivass, Banca d'Italia, Anac e Agcm.

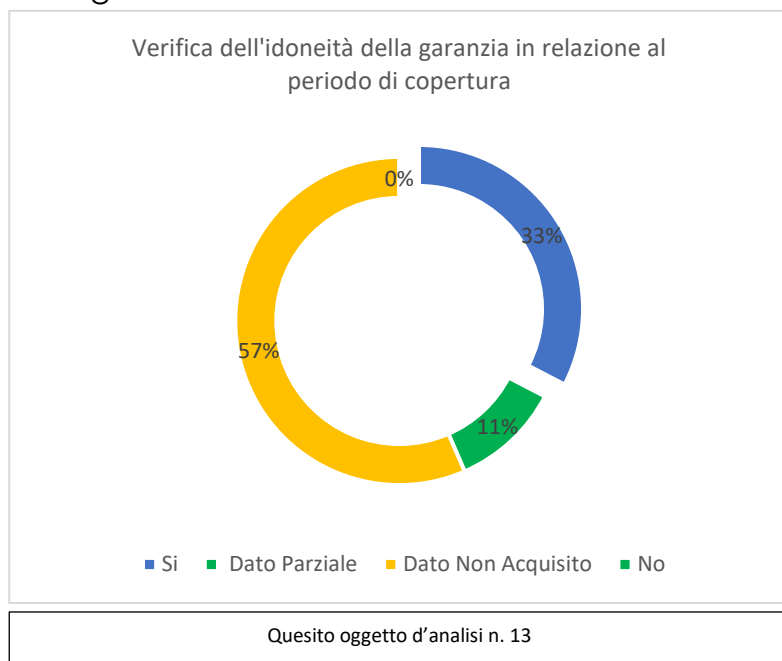


In relazione a tale profilo, si è analizzato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 11**, se gli enti controllino che la garanzia venga presentata in originale informatico e firma elettronica qualificata o copia informatica di documento analogico o duplicato informatico di originale informatico, in modo da assicurare il rispetto della normativa contenuta nel D. Lgs. 82/2005 (cd. *Codice dell'amministrazione digitale*).

I dati relativi alle sottoscrizioni di firma, in particolare, forniscono indicazioni sui recapiti indicati nel contratto, di modo che possa essere intentata una analisi al fine di verificare il riscontro reale dei recapiti forniti, lasciando così emergere, se del caso, l'utilizzo di recapiti "di comodo". La redazione del contratto con le forme prescritte dal Codice dell'amministrazione digitale, inoltre, consentirebbe di attenzionare il marchio e la denominazione sociale delle imprese di assicurazione, rendendo possibile la verifica degli estremi di indicazione dell'intermediario finanziario. Il 55% degli enti ha dichiarato di seguire la cautela in discorso, acquisendo la garanzia nel rispetto della normativa del Codice dell'amministrazione digitale.

Quanto al monitoraggio sostanziale sulla idoneità della garanzia prestata, invece, si è verificato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 12**, se vengano svolti dei controlli raffrontando specificamente l'importo garantito con quanto richiesto nell'atto di gara. Si è voluta infatti sottolineare l'importanza del corretto svolgimento di una verifica, preliminare rispetto alla stipula, finalizzata a comprendere se il contratto di garanzia negoziato copra integralmente il valore economico finanziario relativo all'acquisto di un bene o di un servizio, accertato mediante gli strumenti contrattuali previsti dal D. Lgs. 50/2016 (cd. *Codice dei contratti pubblici*).

Il risultato ottenuto è positivo: il 65% degli enti del Sireg ha espressamente dichiarato di svolgere tale controllo, il 7% ha dato una risposta generica da cui può evincersi l'effettuazione di un siffatto controllo, mentre il 28% non ha fornito indicazioni sul punto nella relazione di risposta alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori.



Sempre in relazione al profilo delle verifiche sostanziali sulle singole fideiussioni, si è voluto raffrontare il contratto di garanzia con la specifica obbligazione garantita in riferimento alla durata temporale del contratto principale: si è così analizzato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 13**, quanti enti controllino l'idoneità della cauzione in relazione al periodo di copertura, a sua volta determinato nel singolo

contratto per l'acquisto di beni o servizi.

Ebbene, a fronte di un 33% di soggetti vigilati i quali hanno dichiarato di svolgere un giudizio di idoneità tra il contratto di fideiussione e il periodo di copertura, il 57% dei soggetti vigilati non ha relazionato alcunché sul punto, sicché, come chiarito nella metodologia di analisi, non è possibile allo stato asserire che tale tipologia di controllo venga svolta o meno.

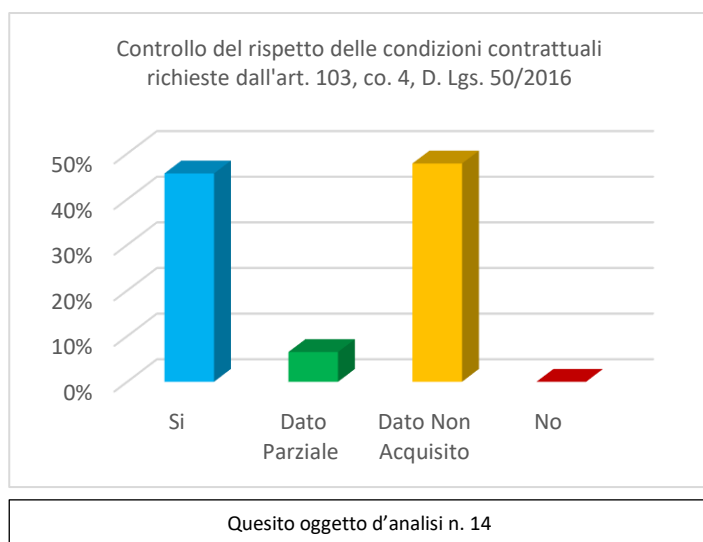
La correlazione tra il contratto di garanzia e il contratto garantito emerge anche attraverso l'utilizzo dell'istituto della proroga: come noto, può sorgere la necessità di prorogare il termine di efficacia finale del contratto pubblico a ragione della non completa esecuzione delle prestazioni pattuite entro il termine originario di scadenza. Sorge in tal caso la necessità di estendere la polizza fideiussione al periodo ulteriore di efficacia contrattuale, prorogato successivamente rispetto al momento dell'originaria stipulazione.

Infine, con il **quesito oggetto d'analisi n. 14**, si è analizzato se gli enti verificano che il singolo contratto di garanzia rispetti le condizioni richieste dall'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/2016. La norma in commento dispone che la garanzia fideiussoria definitiva stipulata in riferimento ad un determinato contratto pubblico deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, co. 2, c.c., nonché l'operatività della garanzia a semplice richiesta scritta della stazione appaltante.

Attraverso l'inserimento di una clausola che preveda la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore garantito, il fideiussore può limitarsi a opporre il cd. *beneficium ordinis*: là dove richiesto del pagamento dell'obbligazione garantita da parte della Pubblica Amministrazione, il garante può pretendere che la richiesta di adempimento sia previamente indirizzata all'obbligato in via principale (l'aggiudicatario), ma questi non potrà richiedere la previa attivazione di una procedura esecutiva nei confronti del debitore originario. Mediante la previsione della clausola in discorso, dunque, si abbreviano i termini con cui la pubblica amministrazione garantita può conseguire la somma di garanzia in caso di inadempimento degli obblighi contrattuali.

Con la rinuncia alla facoltà di eccepire l'eccezione di cui all'art. 1957, co. 2, c.c., invece, si vuole conseguire il risultato del mantenimento in vita dell'obbligazione di garanzia oltre il termine di efficacia dell'obbligazione garantita, di modo da consentire alla pubblica amministrazione di escutere il garante anche in un momento successivo rispetto alla durata del contratto principale, consentendo un agevole incameramento della garanzia anche là dove l'inadempimento agli obblighi assunti emerge con notevole distanza di tempo rispetto alla stipula del contratto pubblico.

Infine, l'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/2016, richiede che i contratti di garanzia siano stipulati secondo il modello tipologico della cd. "garanzia a prima richiesta", in base al quale il fideiussore è tenuto all'immediato versamento della somma a favore del creditore, con possibilità di opporre le eccezioni possibili in un momento successivo rispetto al pagamento. In tal modo, l'ente garantito può riscuotere immediatamente la somma garantita e affrontare la controversia sulle eccezioni sollevate in seguito, realizzandosi così la finalità "cauzionale" consistente nell'ottenere immediatamente l'oggetto della garanzia e nel "litigare" successivamente.



venga svolto o meno.

Ebbene, nessun ente analizzato ha dichiarato di non effettuare il controllo circa il rispetto delle condizioni contrattuali richieste dall'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/16. Dalla lettura del 51% delle relazioni di risposta alla nota congiunta si evince lo svolgimento di un siffatto controllo ("sì" e "dato parziale"), a fronte di un 48% di soggetti in relazione ai quali non è possibile allo stato asserire se tale monitoraggio

3.3. Parte III: Verifica della solvibilità garante, della conservazione della garanzia e dello svincolo.

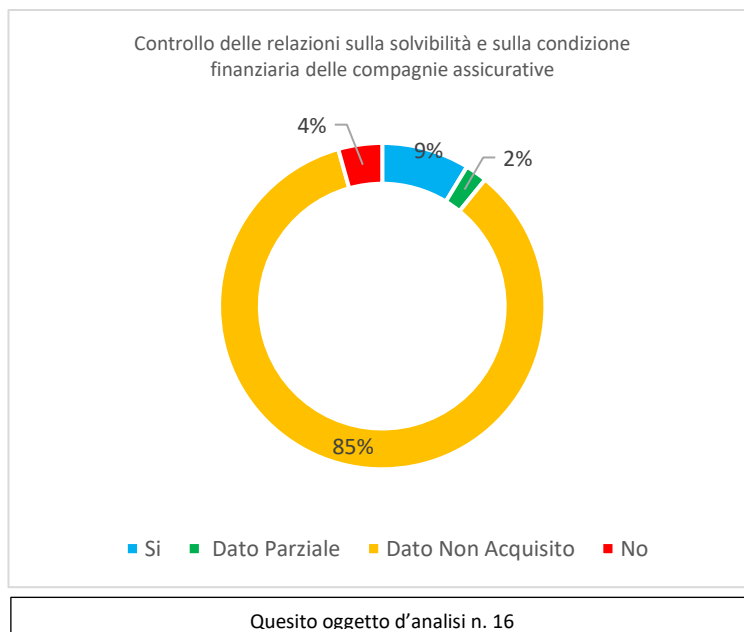
Il soggetto legittimato a stipulare contratti di fideiussione a favore della pubblica amministrazione, in relazione agli acquisti di beni o di servizi che la stessa debba compiere per il perseguimento dell'interesse pubblico, è sottoposto ad un regime di vigilanza prudenziale ad opera della Banca di Italia o dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazione, come si è visto analizzando la parte I della check list. Ciò nonostante, il garante potrebbe non essere concretamente in grado di adempiere alla propria obbligazione di garanzia, specie in relazione a contratti pubblici garantiti con importi elevati.

Per tali motivi, e per evitare di incorrere nel rischio di escutere infruttuosamente il garante, è necessario che le pubbliche amministrazioni acquisiscano informazioni specifiche in relazione alla solvibilità dei fideiussori. Il controllo sulla solvibilità del garante può sostanziarsi, oltre che nella consultazione del bilancio della società, nell'analisi degli indicatori di adeguatezza patrimoniale e della relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria che, rispettivamente, gli intermediari finanziari e le imprese di assicurazione pubblicano sui propri siti.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 15**, dunque, si è analizzato quanti enti del sistema regionale verifichino la solvibilità del singolo soggetto garante con cui stipulano un contratto di fideiussione. A fronte di un esiguo 4% di risposte negative

raccolte dall'analisi delle relazioni di risposta alla nota congiunta, si assiste ad un 46% di soggetti che dichiarano di svolgere dei controlli sul profilo della solvibilità.

Analizzando però nello specifico (**quesito oggetto di analisi n. 16**) se tale controllo sulla solvibilità si traduca in una disamina delle relazioni sulla solvibilità e condizione finanziaria delle imprese assicuratrici che svolgano attività di prestazione di

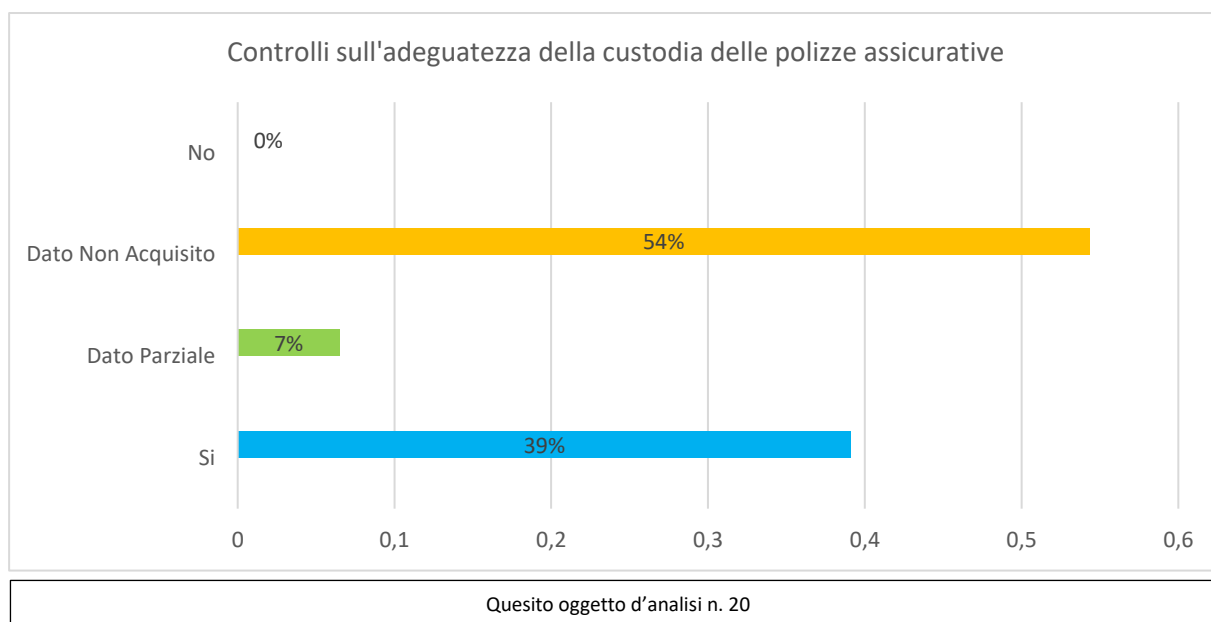


garanzia, è emerso un quadro di adempienza differente. In particolare, dall'85% delle risposte degli enti non è dato comprendere se l'analisi in commento venga svolta o meno, e si assiste al solo 9% degli enti che hanno dato risposta positiva.

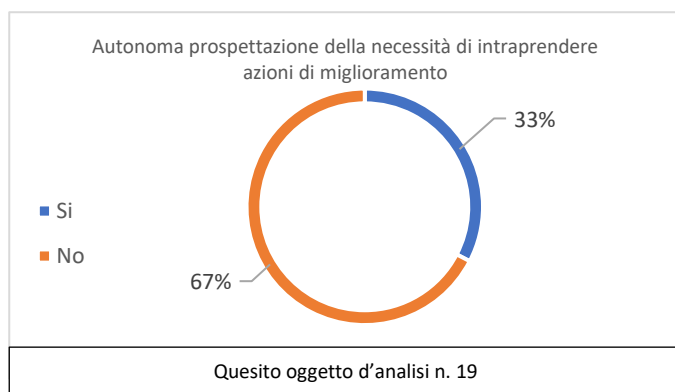
Con il **quesito oggetto d'analisi n. 17**, si è analizzato se lo svincolo parziale delle garanzie contratte avvenga nel rispetto delle condizioni prescritte dall'art. 103, co. 5, D. Lgs. 50/2016. Tale norma prescrive che la garanzia definitiva dell'appaltatore debba essere progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione del contratto pubblico, nel limite massimo dell'80% dell'importo iniziale garantito e l'ammontare residuo deve permanere fino alla data di emissione del certificato di collaudo provvisorio dei lavori o del certificato di regolare esecuzione o, comunque, fino ai dodici mesi successivi rispetto alla data di ultimazione dei lavori.

Il 60% degli enti ha dato risposta positiva circa il rispetto delle condizioni previste dalla normativa per lo svincolo, a fronte di un 40% di relazioni dalla lettura delle quali non emergono indicazioni in tal senso. Ad esempio, una Asst ha dichiarato che, all'atto della liquidazione del saldo, alla conclusione del periodo di rimborso del contributo o al venir meno delle ragioni che hanno determinato la necessità di prestare garanzia, la UOC competente dispone lo svincolo della garanzia mediante invio di apposita dichiarazione scritta. Entro un periodo generalmente non superiore a 15 giorni, la UOC competente provvede poi a restituire al beneficiario l'originale della garanzia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure mediante posta elettronica certificata comunicando l'autorizzazione allo svincolo.

Da ultimo, con **quesito oggetto d'analisi n. 18**, si è visto se gli enti sireg custodiscano in modo adeguato le polizze assicurative. In tal caso, si assiste ad un 46% di risposte positive o da cui è dato potersi evincere un riscontro negativo (dato parziale), il 54% degli enti non ha fornito dati sul punto.



Un ultimo dato, infine, risulta essere di **particolare importanza**: un numero consistente degli enti analizzati ha **autonomamente** – all’esito del monitoraggio svolto circa le fidejussioni contratte – **prospettato** la necessità di intraprendere azioni di miglioramento, talora indicandole puntualmente, talvolta genericamente riferendosi al tema della corretta tenuta documentale dei contratti o delle polizze o al tema dei controlli circa la solvibilità del garante e la legittimazione.



In particolare, attraverso il **quesito oggetto d'analisi n. 19** è emerso che il 33% degli enti sottoposti ad esame ha prospettato di intentare azioni di miglioramento.

In particolare, alcune Asst hanno evidenziato le principali criticità del processo di monitoraggio delle fidejussioni. A titolo di esempio, può

essere citata la relazione di una Asst, in cui si scrive: le fidejussioni sono abitualmente trattate dalle Funzioni Acquisti in un contesto procedurale (l'appalto di beni, servizi e lavori) caratterizzato da alti livelli di complessità e iper-regolamentazione. Le fidejussioni, in particolare quelle che vengono rilasciate a titolo di cauzione definitiva, sono molto importanti in quanto garanzia per la Stazione appaltante e pertanto devono essere sottoposte a controllo. Tuttavia, la tipologia di controllo e la profondità dello stesso da un lato richiede una specializzazione ed una settorialità non presente nella Funzione Acquisti, dall'altro deve trovare un giusto equilibrio con i tempi procedurali, allo scopo di non tradursi in una dilazione di tempistiche e

di complessità amministrative che minano il principio di buon andamento della Pubblica Amministrazione.

Sarebbe pertanto opportuno – si prosegue – che i controlli venissero svolti a livello centralizzato da ARIA o dalle singole Stazioni appaltanti solo qualora le gare non siano state svolte da ARIA. In entrambi i casi, occorre che i controlli siano armonizzati in una procedura uniforme a livello regionale, che sia concretamente attuabile, tenuto conto che per talune forme di controllo (nella specie: i controlli sulla solvibilità) occorrono competenze quali quelle di un Broker assicurativo. Gli esiti dei controlli dovrebbero inoltre essere condivisi in un database regionale per agevolare il lavoro delle Stazioni appaltanti ed evitare inutili duplicazioni di controlli.

4. Evidenze emerse e conclusioni.

Attraverso l'emanazione della nota congiunta dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e del Collegio dei Revisori dei Conti si è inteso sensibilizzare quegli enti del sistema regionale il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia circa l'importanza dello svolgimento di attività di controllo e di verifica periodica dell'adeguatezza dei contratti di garanzia e delle polizze fideiussorie stipulate a favore delle pubbliche.

È risultato dunque necessario attuare un lavoro di analisi e di censimento dei riscontri forniti dagli enti in risposta alla nota, con l'elaborazione della check list redatta secondo i criteri indicati nel paragrafo relativo alla metodologia di analisi.

A livello teorico, l'attuazione di tutte le forme di controllo e della totalità delle cautele indicate nei quesiti oggetto di analisi che compongono la check list concreterebbe il più elevato *standard* di attenzione sui profili della solvibilità e legittimazione del garante, della congruità della garanzia rispetto al singolo acquisto di beni o di servizi e dell'efficacia della vigilanza sui contratti di fideiussione stipulati.

Ebbene, più della metà (il 55%) dei riscontri ottenuti sono positivi. Tale dato vuole significare che, a livello generale, gli enti del sistema regionale effettuano già le verifiche necessarie ad evitare che la singola pubblica amministrazione possa essere esposta, data la non idoneità della cauzione, al rischio di non incameramento della somma garantita nel caso di necessità.

Il fine del presente lavoro, come chiarito, non consiste nell'individuazione di quegli enti che risultino più carenti dal punto di vista della diligenza nello svolgimento dei controlli circa le fideiussioni: infatti non si è espressa una percentuale di adempienza o meno ai quesiti della check list per ogni singola amministrazione pubblica campionata. I dati ottenuti, in altri termini, non esprimono la percentuale di enti che risultino adempienti o meno ai quesiti d'indagine, bensì rappresentano quante delle forme di controllo ottimali, sottese ad ognuno dei 19 quesiti, siano effettuate.

L'interesse del Gruppo di Lavoro è stato infatti quello di rilevare i livelli di adeguatezza delle prassi degli enti Sireg rispetto a ciascuno dei controlli raccomandati con i quesiti della check list; ed è in questo senso che il lavoro svolto ha evidenziato elementi positivi e incoraggianti: l'insieme dei soggetti pubblici analizzati ha dimostrato di contenere al suo interno mezzi e capacità più che adeguati all'espletamento di un controllo puntuale sui profili di adeguatezza e idoneità delle cauzioni contratte, potendosi dunque sensibilizzare tutte le amministrazioni del sistema al raggiungimento del *gold standard* in materia, rappresentato dal compimento delle azioni raccomandate nella check list.

In particolare, un terzo degli enti del sistema, nella propria relazione di risposta alla nota congiunta, ha già evidenziato autonomamente la necessità di procedere ad un miglioramento delle forme di controllo sulle fideiussioni, individuando correlativamente i profili di carenza da implementare.

Nessun ente, poi, ha dimostrato di non avere cognizione dell'importanza del tema dei controlli sulle garanzie dei contratti pubblici stipulati, come documentato da quelle relazioni di risposta alla nota congiunta in cui si è ammesso il non svolgimento di una specifica azione, con la contestuale indicazione dei piani futuri per mettere a sistema l'accertamento sino ad ora mancante.

Conclusivamente, in relazione ai profili (i) delle verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione; (ii) del rischio di contraffazione e della idoneità della garanzia; (iii) della verifica della solvibilità del garante e del corretto procedersi allo svincolo della garanzia, **si raccomanda** agli enti del sistema campionati, i quali non lo abbiano già fatto, di verificare il regolare compimento delle azioni prescritte nella presente check list e di colmare eventuali carenze dei controlli, seguendo le azioni raccomandate nei singoli quesiti oggetto di indagine.

Alla luce dei risultati dell'analisi condotta, pare dunque opportuno – ed è senz'altro intenzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo – ripetere la raccolta dei dati in un prossimo futuro, al fine di verificare l'auspicato stato di avanzamento verso lo standard ottimale in materia di controlli e di monitoraggio delle fideiussioni stipulate dagli enti pubblici.

Check list del monitoraggio delle fidejussioni stipulate dagli enti del Sireg

Basata sulle relazioni presentate in risposta alla nota congiunta Orac – Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia

OGGETTO DI ANALISI		TOTALE SI	TOTALE DATO PARZIALE	TOTALE DATO NON ACQUISITO	TOTALE NO	Si	Dato Parziale	Dato Non Acquisito	No
1	La relazione di analisi sulle fidejussioni è stata condivisa con altro organo?	33	0	0	13	72%	0%	0%	28%
2	E' stato svolto un audit sul tema delle fidejussioni?	11	0	34	0	24%	0%	76%	0%
PARTE I: VERIFICHE RELATIVE ALLA LEGITTIMAZIONE DEL SOGGETTO CHE RILASCIATA FIDEIUSIONE									
3	Esiste un registro delle fidejussioni acquisite relative a contratti pluriennali in corso?	26	12	7	1	57%	26%	15%	2%
4	Se sì: nel registro è riportato, oltre alla ragione sociale del Soggetto che ha lasciato fideiussione, la data di rilascio, l'importo, il numero di fideiussione, il riferimento al contratto di appalto, la relativa scadenza?	27	11	8	2	56%	23%	17%	4%
5	E' stato verificato che l'istituto bancario italiano, comunitario a extracomunitario che rilascia la fideiussione, risulta censito negli Albi ed Elenchi di Vigilanza della Banca d'Italia? (106 Tub)	33	4	8	1	72%	9%	17%	2%
6	E' stato controllato che il soggetto che intende rilasciare la garanzia non sia censito nelle seguenti liste di anomalia: soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione; soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria e finanziaria in Italia?	21	7	17	1	46%	15%	37%	2%
7	Nel caso in cui la garanzia sia stata costituita sotto forma di polizza fideiussoria è stato controllato che la polizza sia stata emessa da una compagnia assicurativa italiana autorizzata dall'IVASS e, come tale, iscritta nell'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS?	19	7	20	0	41%	15%	43%	0%
8	Qualora, nel caso di cui sopra, la polizza fideiussoria sia stata emessa da un'impresa di assicurazione con sede in un altro Stato membro dell'UE è stato verificato che l'impresa di assicurazione sia stata abilitata ad operare in Italia nel ramo 15 - Cauzione in regime di libertà di stabilimento o in regime di libera prestazione di servizi?	14	5	27	0	30%	11%	59%	0%
9	Viene verificata la regolare iscrizione dell'intermediario assicurativo, che ha proposto o intermediato la polizza fideiussoria, nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) o nell'elenco degli intermediari della Unione Europea, pubblicati sul sito dell'IVASS?	16	3	26	1	35%	7%	57%	2%
10	E' stato verificato che il soggetto legittimato al rilascio della garanzia non sia incorso nella sospensione della abilitazione?	18	4	22	2	39%	9%	48%	4%
PARTE II: RISCHIO CONTRAFFAZIONE E IDONEITA' DELLA GARANZIA									
11	La garanzia è presentata in originale informatico e firma elettronica qualificata o copia informatica di documento analogico o duplicato informatico di originale informatico, secondo normativa del Cad?	22	3	19	2	48%	7%	41%	4%
12	Viene verificato che l'importo della garanzia corrisponda a quanto richiesto nell'atto di gara?	30	3	13	0	65%	7%	28%	0%
13	Viene verificata l'idoneità della garanzia in relazione al periodo di copertura?	15	5	26	0	33%	11%	57%	0%
14	Viene controllato il rispetto delle condizioni contrattuali richieste dall'art. 103 comma 4 Codice appalti? (Rinuncia al beneficio preventiva escussione ex 1944 c.c.; Rinuncia ad eccepire decorrenza termini ex 1957, co 2 c.c.; Operatività a semplice richiesta scritta stazione appaltante)	21	3	22	0	46%	7%	48%	0%
PARTE III: VERIFICA DELLA SOLVIBILITA' DEL GARANTE; CONSERVAZIONE, SVINCOLO									
15	Viene controllata la solvibilità del garante?	21	5	18	2	46%	11%	39%	4%
16	Vengono verificate le Relazioni sulla solvibilità e la condizione finanziaria che le compagnie assicurative sia italiane che con sede in altri Stati UE pubblicano sui propri siti internet?	4	1	39	2	9%	2%	85%	4%
17	Lo svincolo parziale avviene nel rispetto dell'art 103 comma 5 del D.Lgs 50/2016?	20	8	18	0	43%	17%	39%	0%
18	Viene assicurata adeguata custodia delle polizze fideiussorie?	18	3	25	0	39%	7%	54%	0%
19	L'ente ha previsto azioni di miglioramento?	15	0	0	31	33%	0%	0%	67%