

**DELIBERAZIONE N. 5 seduta del 10 luglio 2023**

**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
Umberto Fantigrossi	- Componente
Arturo Soprano	- Componente
Marcello Crivellini	- Componente
Enrico Gasparini	- Componente Dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Emanuele Prospero

**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 – primo semestre 2023**

L'atto si compone di n. 47 pagine di cui n. 45 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 2023", 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 ai sensi dell'art. 3, comma 5 della L.R. 28 settembre 2018, n. 13 – primo semestre 2023;
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.



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)**

**Primo Semestre 2023**

## SOMMARIO

Introduzione .....	1
1. Piano di Attività 2023.....	1
<b>OBIETTIVO 1 – Monitoraggio Raccomandazioni</b> .....	1
<b>OBIETTIVO 1.1-1.3 – Impatto derivante dall’attuazione del PNRR</b> .....	2
<b>OBIETTIVO 2.2 – Intese Collaborative</b> .....	9
<b>OBIETTIVO 2.3 – Iniziative di Informazione</b> .....	16
<b>OBIETTIVO 3 – Pianificazione dell’attività relativamente ai sistemi di controllo interno e di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale</b> .....	17
<b>Obiettivo 3.1.1 – Indirizzi per la prevenzione dei rischi in situazioni di emergenza</b> .....	20
<b>OBIETTIVO 4 – Pianificazione delle attività relativamente all'incidenza dei rischi sistemici</b> .....	22
<b>OBIETTIVO 6 – Pianificazione delle attività relativamente alla Trasparenza e Tracciabilità (T&amp;T) della fase esecutiva dei contratti</b> .....	27
<b>OBIETTIVO 7 – Pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti</b> .....	30
<b>OBIETTIVO 10 – Pianificazione delle attività relativamente alla rete di Audit interno</b> ...	32
2. Gestione di pratiche aperte da Orac a seguito di segnalazioni .....	35
3. Comunicazione – Relazioni esterne. ....	39
4.1. Comunicazione – Sito web .....	39
4. Considerazioni conclusive .....	39

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (ORAC)

**RELAZIONE PER IL CONSIGLIO REGIONALE E LA GIUNTA REGIONALE  
LOMBARDIA**

**Primo semestre 2023**

## 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 primo semestre 2023 in continuità con il semestre precedente.

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 primo semestre del 2023, l'Organismo si è riunito sia attraverso la modalità della videoconferenza che in presenza, per un totale di sedute pari a n. 12.

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

## 1. Piano di Attività 2023

Di seguito si illustrano le determinazioni collegate agli obiettivi che compongono il Piano di attività 2023.

### 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**".

Nel corso del primo semestre 2023 è proseguita l'attività di monitoraggio dello stato di adempimento delle raccomandazioni formulate dall'Organismo, già rendicontata – per il periodo 2020-2022 nella relazione del secondo semestre 2022 ([Deliberazione n. 21/2022](#)). Nel corso del secondo semestre del 2023 sarà pertanto possibile rappresentare siffatto monitoraggio con riferimento alle raccomandazioni formulate durante l'anno in corso.

Nel corso del primo semestre del 2023, il Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha illustrato l'attività del monitoraggio già rappresentata nella scorsa relazione semestrale, in sede di Comitato di Coordinamento delle Direzioni (riunione del 25 maggio 2023), come previsto dal regolamento ORAC (art. 10, co. 5 del Regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Organismo - *D.g.r. XI/6122*).

In base a tale norma, infatti, con la periodicità stabilita dal Segretario Generale della Giunta, d'intesa con il Presidente di Orac, *all'ordine del giorno del **Comitato di Coordinamento delle Direzioni*** di cui all'art. 14 della l.r. 7 luglio 2008 n.20 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione del personale*" viene inserito:

- ❖ **l'esame delle raccomandazioni effettuate e dei riscontri evasi e non evasi nei termini;**
- ❖ **l'approfondimento delle raccomandazioni aventi carattere di interesse generale per l'amministrazione regionale e gli enti del sistema interessati.**

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

L'azione di ORAC è da subito consistita nel praticare quell'"indipendenza" affermata a livello normativo e nel coniugarla, al contempo, con l'esigenza di "operare in stretto coordinamento con le competenti strutture della Giunta regionale e degli enti del sistema" (art. 5, co. 3, l. r. 13/2018), che richiede un confronto costante col sistema regionale, informato alla leale collaborazione fra le istituzioni.

Tale approccio è stato trasposto nel complesso procedimento di attuazione del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, che pone nuove e interessanti sfide per l'Amministrazione Regionale, poiché dall'imponenza dell'entità dei **finanziamenti** può derivare un elevato **rischio di illegalità**, come rilevato in molte sedi, anche internazionali. La sfida della pubblica amministrazione consiste, quindi, nel coniugare tale opportunità offerta con l'esigenza di non smarrire i connotati del *corretto* farsi dell'azione amministrativa: la legalità e la trasparenza.

Il tema centrale, dunque, rimane la messa in campo in concreto del modello di controllo disegnato dalla normativa statale o, meglio, di adattare ad essa il **modello di controllo** esistente. Immaginare un percorso fatto solo di obiettivi da raggiungere, di *Milestones* e *target*, di risultati, che sia privo di adeguati controlli, rischierebbe di compromettere il buon esito del processo.

Per tale motivo, l'attività riferita al tema dei controlli dei finanziamenti PNRR è volta 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 "a cose fatte" e, dunque, oltre i tempi utili per realizzare efficaci correttivi.

Regione Lombardia, al fine di mantenere un presidio costante sull'avanzamento, il monitoraggio e la condivisione di eventuali criticità legate allo sviluppo del PNRR, limitatamente alle operazioni in cui Regione è soggetto attuatore o beneficiario, ha costituito il **Gruppo di lavoro "Attuazione PNRR"** (Decreto del Segretario Generale 14246/2021, integrato dal Decreto 3927/2022, e dal Decreto 13406/2022), presieduto dal Segretario Generale e coordinato dalla UO Programmazione. La partecipazione di ORAC a tale gruppo di Lavoro è stata prevista, con decreto, dal 24 marzo 2022, su esplicita richiesta dello stesso Organismo.

Obiettivo di ORAC, fin dalle prime fasi, nell'ottica della *vigilanza collaborativa*, è consistito e 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.

In relazione al tema del monitoraggio dell'attuazione delle progettualità finanziati attraverso le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha ribadito, nel corso delle interlocuzioni svolte con l'Amministrazione regionale, l'importanza delle raccomandazioni già formulate negli anni precedenti. 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.

In attuazione, inoltre, allo specifico obiettivo definito nel **Piano Annuale** di ORAC, relativamente al PNRR, si evidenzia che, a partire dal mese di ottobre 2022, è stata intrapresa, con il supporto della U.O. Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy, una attività di approfondimento volta a perimetrare l'ambito di applicazione delle misure del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rilevanti per Regione Lombardia.

In particolare, l'interesse di ORAC e della U.O. Sistema dei Controlli è consistito nell'analisi dei progetti o degli interventi che, in ambito regionale, attuassero specifiche progettualità finanziate dagli investimenti previsti dal PNRR, in relazione ai quali Regione Lombardia risulta essere Soggetto Attuatore, con diretta ricaduta sul bilancio dell'Amministrazione. Tale analisi è risultata propedeutica 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.

La finalità del Gruppo di Lavoro dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, nel primo semestre 2023, è stato quello di elaborare un **questionario di autodiagnosi**, quale 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 dal Segretario Generale con Decreto n. 14246 del 25 ottobre 2021, a cui partecipa anche ORAC dal 24 marzo 2022.

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.

Le Regioni, in quanto Soggetti Attuatori, assumono la responsabilità della gestione dei singoli Progetti, sulla base di specifici criteri e modalità stabiliti negli atti provvedimentali 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.

I Soggetti Attuatori, in particolare: (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.

Dalla ricognizione degli atti normativi e provvedimenti inerenti ad alcuni interventi finanziati attraverso le risorse del Piano, sono state identificate due distinte fattispecie:

a – gli interventi in cui la *governance* appartiene alle singole Direzioni Generali di Regione Lombardia (Soggetto attuatore) e che si sviluppano attraverso il supporto di enti strumentali coinvolti a vario titolo nella realizzazione del progetto e individuati dalla Regione; per essi la realizzazione delle opere avviene 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 hanno una ricaduta finanziaria effettiva sul bilancio regionale, quale ente direttamente beneficiario dei finanziamenti stanziati dal PNRR.

L'attenzione del Gruppo di lavoro, relativamente a tali fattispecie si è focalizzata su:

- sub a) gli interventi relativi alla Missione 6 – Salute, in cui risulta preminente il ruolo della Direzione Generale Welfare;
- sub b) gli interventi relativi alla Missione 1 C3 – Investimento 2.2. - attuato attraverso un bando regionale predisposto dalla Direzione Generale Autonomia e Cultura – e alla Missione 5 C1 – Riforma 1.1. Programma Garanzia Occupabilità Lavoratori, attuato attraverso la partecipazione della Direzione Generale Formazione e Lavoro.

L'approfondimento dei singoli interventi ha consentito di mappare 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.

## **2. Il Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R.**

Al termine della attività di istruttoria preliminare, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, in collaborazione con la U.O. Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy, e con il supporto delle Direzioni di riferimento, ha elaborato lo strumento "*Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R.*" in relazione:

- ai finanziamenti rientrati nella Missione 6 "*Salute*" – inviato nel maggio 2023 alla Direzione Generale Welfare e alle ASST e agli IRCCS del territorio;

- ai finanziamenti ricompresi nell'ambito della M5C1, riforma 1.1. *“Politiche attive del lavoro e della formazione”* – inviato nel maggio 2023 alla Direzione Generale Formazione e Lavoro.

La documentazione relativa ai due questionari di autodiagnosi, predisposta dal Gruppo di Lavoro e trasmessa agli Enti, è riportata, quale Allegato n. 1, alla presente Relazione.

L'Organismo, inoltre, sta predisponendo un ulteriore questionario per analizzare i finanziamenti ascrivibili al progetto *“Programma innovativo per la qualità dell'abitare – PinQua”* (M5C2 investimento 2.3), in relazione al quale è referente la Direzione Generale Casa e Housing Sociale.

Attraverso la somministrazione del *“questionario”* si è voluto conseguire un duplice obiettivo: da un lato, sensibilizzare *tutti* gli attori coinvolti nel complesso procedimento di attuazione delle riforme e degli investimenti finanziati dal Piano ad adottare le migliori regole di controllo e rendicontazione raccomandate, a livello nazionale, dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato; dall'altro, ottenere informazioni circa il rispetto specifico di determinate procedure di controllo, al fine di prevenire – insieme – l'insorgenza di eventuali errori che possano comportare il rischio di perdita dei finanziamenti.

Il traguardo ipotizzato consiste nella realizzazione di percorsi che rendano efficace l'azione amministrativa nel convogliare le risorse finanziarie verso gli obiettivi, nel rispetto dei principi della legalità e della trasparenza.

Il *“questionario”*, inoltre, è accompagnato da una appendice esplicativa della metodologia utilizzata per l'elaborazione dello strumento, contenente le precisazioni opportune per una corretta compilazione, con l'auspicio che il questionario stesso potesse essere percepito come un dispositivo utile a difendere il valore delle varie realtà amministrative dal rischio di errori o di omissioni, e non certo come un aggravio ai già onerosi obblighi procedurali.

Nel contesto della Appendice inviata ai compilatori si specifica che il questionario è suddiviso in una pluralità di obblighi (**n. 23** per quanto riguarda il format destinato all'analisi della *“Missione 6 Salute”* e **n. 27** in relazione al format di analisi della Missione 5, Componente 1, Riforma 1.1. *“Politiche attive del lavoro e della formazione”*), espressione di una sintesi degli adempimenti richiesti al Soggetto Attuatore dalla normativa applicabile.

Si fa riferimento, *in primis*, al Regolamento UE 2021/241, istitutivo del dispositivo per la ripresa e la resilienza, poi ai Regolamenti UE richiamati o delegati dal precedente (puntualmente identificati in ciascun obbligo del questionario); al Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77 (*Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*) e ss.mm.ii., e alle principali fonti normative statali succedutesi nel tempo (da ultimo, il Decreto-Legge 24 febbraio 2023, n. 13).

In relazione a ciascuno dei principali obblighi indicati dalla normativa, è stato riportato l'appropriato riferimento ai provvedimenti ministeriali attributivi delle risorse economiche a Regione Lombardia e, soprattutto, agli accordi/intese/contratti per la suddivisione degli obblighi tra Amministrazione Centrale Titolare dell'Intervento e Regione Soggetto Attuatore.

Nel caso della **Missione 6 "Salute"**, si è dunque preso a riferimento il Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti realizzati dalle Regioni, siglato il 31.05.2022 tra Ministero della Salute e Regione Lombardia, in relazione alla Missione 6 "Salute".

Con riguardo, invece, alla Missione 5, Componente 1, Riforma 1.1. Politiche attive del lavoro e della formazione, si è tenuto conto dell'Accordo, stipulato ai sensi dell'art. 5, co. 6, D. Lgs. 50/2016, tra Ministero del Lavoro, l'Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro (Anpal) e Regione Lombardia, di cui alla D.G.R. XI/7084 del 3.10.2022.

Ogni obbligo, gravante sul soggetto attuatore, è stato ricondotto ad una determinata *funzione di controllo* (controllo di regolarità amministrativo-contabile; controllo strategico; controllo di gestione etc.), quale ausilio all'identificazione dei soggetti interni all'amministrazione, qualificati nel dare un eventuale contributo per la compilazione del questionario di autodiagnosi.

Sono state riportate, infine, le principali indicazioni ministeriali relative agli adempimenti in relazione ai quali si chiede conto. Il riferimento principale è costituito dalle *"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 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, n. 30 del 11 agosto 2022, che definiscono le forme e le modalità del controllo previste a livello nazionale. Laddove siano stati presi in considerazione altri atti provvedimentali dello Stato, è stata data specifica indicazione in apposito riquadro.

La utilità di tali richiami consiste nel facilitare la ricerca di quegli atti che possano, per la loro intrinseca attitudine, fornire istruzioni tecniche di dettaglio ed essere posti a fondamento dell'attività amministrativa finalizzata alla predisposizione di meccanismi di controllo per le singole aree tematiche richiamate.

In relazione a ciascun obbligo così formulato, l'interesse di ORAC consiste nell'acquisire due tipologie di informazioni: da un lato si chiede di rispondere a domande specifiche, attraverso la compilazione di una *check-list* guidata (Sì/No/Non applicabile/Campo note per ulteriori integrazioni); dall'altro si chiede di fornire una risposta, in formato aperto, che dettagli i soggetti e le strutture competenti nel monitorare l'adempimento del singolo obbligo attenzionato, nonché le procedure poste in essere per assicurare un presidio circa l'attuazione dell'obbligo medesimo.

L'auspicio dell'Organismo è che il campo destinato alla risposta in formato aperto – vero fulcro informativo del questionario – possa consentire all'amministrazione

destinataria dello strumento di dettagliare non solo le procedure di controllo poste in essere per monitorare il rispetto del singolo obbligo richiamato, ma anche e soprattutto di descrivere il ruolo delle varie strutture interessate nel complesso procedimento di relazione con gli altri soggetti interessati.

In altri termini, l'interesse sotteso alla somministrazione del questionario consiste nell'approfondire gli scambi informativi tra i soggetti interessati all'attuazione della singola Missione, Componente, Riforma o Investimento, nella catena di relazione che, nella sua massima estensione, può coinvolgere: Ministero quale Amministrazione Centrale – RL quale soggetto attuatore (con riferimento alla specifica Direzione Generale) – l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale – la Stazione Unica Appaltante – i partecipanti e gli aggiudicatari delle procedure di acquisto.

Diverse valutazioni, invece, sono state compiute in relazione al questionario diretto ad analizzare le procedure di controllo poste in essere in relazione alla **Missione 5, Componente 1, Riforma 1.1. Politiche attive del lavoro e della formazione.**

Nel caso, infatti, della riforma delle politiche attive del lavoro e della formazione, non si assiste alla presenza di soggetti attuatori esterni, delegati da RL (le Asst nel caso della Missione 6 Salute), ma si riscontra esclusivamente il coinvolgimento di soggetti esecutori (quali i Centri per l'Impiego). Conseguentemente, il questionario è stato trasmesso, per la compilazione, esclusivamente alla Direzione Generale, senza ricercare un coinvolgimento diretto dei soggetti esecutori (i quali non rientrano tra gli Enti del SiReg e, dunque, fuoriescono dall'ambito di vigilanza dello scrivente Organismo).

Il Format del questionario relativo alla Missione 6 "Salute", inoltre, è stato presentato nel contesto del **Tavolo Tecnico** per la verifica dello stato di attuazione del Protocollo Quadro d'Intesa relativo ai rapporti di collaborazione tra Regione Lombardia e il Comando regionale della Guardia di Finanza per il contrasto alle frodi nell'utilizzo delle risorse pubbliche, anche connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui alla D.G.R. XI/6756 del 25.07.2022.

Nell'ambito delle ulteriori attività svolte riguardo a tematiche sul PNRR, la U.O. Sistema dei Controlli e l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, hanno fornito ausilio alla Direzione Generale Welfare, mediante un confronto preliminare sui contenuti delle **"indicazioni operative per i soggetti attuatori esterni e per il soggetto attuatore (RL) in merito al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli"** riguardanti i Progetti PNRR Missione 6 Salute.

Nello specifico la DG Welfare, nella riunione, con ORAC e il Direttore della U.O. Sistema dei Controlli, avente ad oggetto l'approfondimento del documento, ha evidenziato due argomenti di particolare importanza, in relazione ai quali è stato richiesto un contributo interpretativo: a) il dimensionamento del campionamento del 5%, richiesto dalla Direttiva integrativa MdS UMPNRR-08-15622 del 16.6.22 e ss.mm.ii. per i controlli a campione sulle Dichiarazioni sostitutive di atto notorio (per assenza del conflitto di interessi e per il titolare effettivo) acquisite nel corso delle varie procedure,

b) la necessità di prevedere verifiche nel merito delle asseverazioni del personale tecnico (ingegneri, architetti, etc.) dei soggetti realizzatori in riferimento al rispetto del principio del DNSH, dei principi trasversali e degli ulteriori requisiti di condizionalità del PNRR.

La Direzione Generale Welfare, con decreto n.7796 del 25.05.2023, ha poi provveduto all'adozione di tali indicazioni operative.

Alla data della presente relazione, i soggetti attuatori esterni (ASST e IRCSS) e la DG Welfare hanno restituito ad ORAC il questionario relativo alla Missione 6 Salute somministrato nel mese di maggio. Anche la Direzione Generale Formazione e Lavoro - soggetto attuatore della Missione 5 - Componente 1, Riforma 1.1. Politiche attive del lavoro e della formazione - ha trasmesso le risposte alle domande formulate nel questionario.

Nel secondo semestre 2023 verranno esaminati, in forma aggregata, i risultati dei questionari, sia riferiti alla Missione 6, che alla Missione 5, ed elaborata una relazione dettagliata relativamente agli esiti.

## **OBIETTIVO 2.2 – Intese Collaborative**

### **• Tavolo di lavoro Orac – Università Bicocca – Protiviti**

Regione Lombardia, 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.

In tale ambito si è mosso il lavoro del Tavolo sul Sistema dei Controlli Interni alla P.A., promosso da Regione Lombardia con ORAC, Università Milano Bicocca e Protiviti Government Services che, nelle ultime edizioni, ha messo a punto una strumentazione utile alle Amministrazioni per valutare i propri Sistemi di Controllo Interno (S.C.I.), secondo lo standard del C.o.S.O. (Commission of Sponsoring Organizations) FRAMEWORK. L'iniziativa, richiamata anche nell'ambito dell'obiettivo 3 del Piano di attività Orac 2023 si pone l'obiettivo di fornire uno strumento per un'analisi interna ed un'autovalutazione accurata e completa sul sistema dei controlli che ogni giorno impegnano le diverse strutture, facendo emergere best practices ed eventuali criticità.

Inoltre, la compilazione del questionario consentirà ad ORAC di scattare una fotografia complessiva dello stato dei controlli interni del Sireg, individuando, in un'ottica di vigilanza collaborativa, possibili azioni di sensibilizzazione e supporto e/o fornendo indicazioni circa le aree di miglioramento.

- **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 connesse 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.

Il nuovo Protocollo Quadro d'Intesa relativo ai rapporti di collaborazione tra Regione Lombardia e il Comando regionale della Guardia di Finanza per il contrasto alle frodi nell'utilizzo delle risorse pubbliche, anche connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, approvato dalla Giunta regionale con D.G.R. XI/6756 del 25.07.2022, è stato infine sottoscritto il 06.09.2022.

Nel mese di marzo 2023, si è svolto il primo incontro del Tavolo Tecnico per la verifica dello stato di attuazione del protocollo in esame, con la partecipazione, tra gli altri, del Capo di Stato Maggiore del Comando Regionale Lombardia della Guardia di Finanza di Milano, del Segretario Generale della Giunta, del Direttore della U.O. Sistema dei

Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy e del componente Orac designato dall'Organismo.

L'incontro ha rappresentato l'occasione per effettuare una ricognizione sullo stato dell'arte relativamente all'attuazione della Convenzione tecnica, allegata al citato Protocollo d'Intesa, concernente le modalità operative di accesso alle informazioni contenute nella banca dati SAP-BO.

È in corso di organizzazione un momento formativo per i militari della Guardia di Finanza, finalizzato a chiarire le modalità operative di consultazione della banca dati in commento.

Si è inoltre rappresentata l'utilità che potrebbe derivare dalla condivisione della *expertise* della Guardia di Finanza nel contesto dei corsi di formazioni organizzati da RL per il personale dipendente (relativamente ai temi, ad esempio, dell'antiriciclaggio): la previsione, all'interno dei moduli di formazione organizzati dalla Giunta, di testimonianze operative da parte della Guardia di Finanza rappresenterebbe un momento qualificato di informazione e di sensibilizzazione del personale in merito alla rilevazione di possibili anomalie nell'espletamento delle attività istruttorie.

La Guardia di Finanza ha dunque manifestato la volontà di collaborare nel contesto dei percorsi formativi prima citati e, a tal fine, è stato sottolineato come la condivisa esigenza di formazione e sensibilizzazione del personale, riscontrata già durante il precedente protocollo, abbia determinato l'inserimento nel Protocollo di un articolo *ad hoc* (art. 7), relativo alla collaborazione nelle iniziative in materia di formazione, anche al fine di un miglioramento generale del funzionamento del sistema dei controlli.

Nel mese di maggio 2023, i rappresentanti della Guardia di Finanza hanno preso parte ad un momento formativo organizzato da Regione Lombardia nel contesto della formazione per gli ispettori regionali (*"Internal Auditing di base e Sistemi di Gestione e Controllo"*), ove è stato effettuato un intervento in tema di verifica della validità di fatture digitali, nonché sulla validità di pagamenti bancari tra soggetti privati al fine di ridurre possibili irregolarità o frodi nell'erogazione di contributi a soggetti privati.

È in corso di organizzazione un ulteriore evento formativo, per lo staff del R.P.C.T. e per i referenti anticorruzione di Regione Lombardia, ove i delegati della Guardia di Finanza approfondiranno i temi dell'antiriciclaggio e della rendicontazione finanziaria delle spese (ammissibilità, voci di spesa, giustificativi di spesa e documentazione a supporto).

- **Collaborazione con il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia**

Di notevole importanza è il fruttuoso rapporto di collaborazione tra l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo 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.

Tra il 2021 e il 2022 è stata concertata una azione di sensibilizzazione congiunta, da parte dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia, sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti del sistema regionale (SiReg), il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione.

In particolare, il 18 ottobre 2021 è stata trasmessa una nota avente ad oggetto il *“Controllo e il Monitoraggio delle garanzie fideiussorie per gli enti Sireg”*, finalizzata all'acquisizione di informazioni, attraverso la richiesta di invio di una relazione sui controlli circa le fideiussioni stipulate, per il monitoraggio della corretta gestione delle stesse, al fine di prevenire i rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili, che potessero comportare difficoltà nell'ottenimento della prestazione al momento dell'escussione.

Le relazioni ricevute sono state analizzate da O.R.A.C., che ha adottato l'allegata Deliberazione n. 17 del 21 novembre 2022 *“Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei Revisori dei Conti in tema di fideiussioni”*.

L'interesse dell'Organismo si è concentrato sul rilievo dei livelli di adeguatezza delle prassi degli enti del Sistema, in relazione a ciascuno dei controlli raccomandati nella apposita check list, utilizzata per analizzare le risposte fornite alla nota congiunta.

L'opera di sensibilizzazione delle amministrazioni del sistema al raggiungimento del *“gold standard”* in materia, rappresentato dal compimento delle azioni raccomandate nella check list di controllo, ha attivato un percorso utile sul quale è ora opportuno proseguire.

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 attuali modalità e caratteristiche mediante le quali gli enti del sistema regionale effettuano controlli sulle fideiussioni 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 fideiussioni 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).

Beneficiarie 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.

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

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.

L'amministrazione regionale, nel corso del Comitato Direttori del 25 maggio 2023, alla presenza del Presidente di Orac, ha ripreso i risultati complessivi della verifica e ha invitato i Direttori delle Direzioni Welfare e Casa e housing sociale a sollecitare le aziende sanitarie e le ALER a introdurre azioni migliorative.

Al fine, quindi, di verificare l'auspicato stato di avanzamento verso lo standard ottimale in materia di controlli e di monitoraggio delle fideiussioni stipulate, l'Organismo

Regionale per le Attività di Controllo, d'intesa con il Collegio dei revisori dei Conti, ha disposto nel corso del 2023, alla luce dell'attività svolta, un follow up: *“controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie degli enti SiReg”* – Follow up 2023, per ottenere riscontri alle domande contenute nella *check list*, la quale riproduce gli ambiti dei controlli analizzati in sede di prima verifica delle relazioni di risposta alla nota congiunta O.R.A.C. – Collegio dei Revisori dei Conti.

La raccolta dati è tutt'ora in corso e si prevede di relazionare quanto prima sugli auspicati profili di miglioramento rinvenuti a seguito del carotaggio sui controlli svolti.

### **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 29 giugno presso il Palazzo Lombardia in Sala Biagi, un evento del ciclo *“ORAC- Incontra”* – organizzato di concerto con gli R.P.C.T. della Giunta e del Consiglio di Regione Lombardia e quindi valorizzato come *“Giornata della trasparenza 2023”* – avente ad oggetto *“I nuovi controlli amministrativi: collaborativi, digitali, efficaci”*.

L'evento, organizzato con la collaborazione di PoliS-Lombardia ed Aria S.p.A. è stato aperto dai saluti del Presidente della Regione, del Presidente del Consiglio regionale e del Sottosegretario con delega i controlli oltre che del Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

L'iniziativa di formazione ha analizzato nel dettaglio: *“i nuovi controlli amministrativi: collaborativi, digitali, efficaci”* che rappresentano un insieme di procedure, regole e misure adottate da un'organizzazione al fine di garantire che le attività siano condotte in modo corretto, efficiente e conforme alle norme e alle politiche stabilite. I controlli amministrativi possono essere implementati attraverso diverse modalità, come l'adozione di procedure formali, l'assegnazione di responsabilità specifiche, l'utilizzo di sistemi di monitoraggio e segnalazione, l'implementazione di politiche e linee guida, nonché l'audit interno per valutare l'efficacia dei controlli esistenti.

Il tema scelto ha consentito di riflettere, discutere e approfondire temi sempre più rilevanti per la vita delle pubbliche amministrazioni. L'esperienza di Orac, innovativa nel panorama delle pubbliche amministrazioni territoriali, ha fornito molteplici spunti concreti sia sul piano organizzativo del sistema dei controlli sia per il metodo che informa l'attività dell'organismo: *“la vigilanza collaborativa”*.

Gli autorevoli ospiti, Giuseppe Busia, Presidente di ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), Umberto Fantigrossi, componente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo; Raffaello Vignali, Direttore Scientifico di PoliS-Lombardia; Ida Angela Nicotra, Professore Ordinario di Diritto Costituzionale presso l'Università di

Catania; Silvia Figini, Professore Ordinario presso l'Università di Pavia, hanno discusso nel corso della tavola rotonda, moderata da Alessandro Galimberti, giornalista del Sole 24 ore.

### **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 è proseguito l'articolato lavoro avviato sin dal 2020 approfondendo e focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti. Ciò ha permesso, 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 primo semestre del 2023 è proseguito il lavoro di sperimentazione condotto nell'ambito del Tavolo sul Sistema dei Controlli Interni alla P.A., promosso da Regione Lombardia con ORAC, Università Milano Bicocca e Protiviti Government Services che, nelle ultime edizioni, ha consentito la messa a punto di una strumentazione utile alle Amministrazioni per valutare i propri Sistemi di Controllo Interno (S.C.I.), secondo lo standard del C.o.S.O. (Commission of Sponsoring Organizations) FRAMEWORK.

In particolare, i lavori del Tavolo si sono concentrati sulla definizione di uno strumento diagnostico di autovalutazione del sistema dei controlli interni che, previo opportuno adattamento, potesse essere esteso in forma semplificata a tutti gli enti del Sireg: Asst, ATS, IRCSS, Aler, Enti dipendenti, Società regionali.

Attraverso una serie di incontri operativi ai quali hanno partecipato, in qualità di enti sperimentatori, Ats Insubria e Aria spa e grazie all'apporto scientifico e metodologico di Università Bicocca e Protiviti, è stato predisposto il "Questionario di Autodiagnosi per la Valutazione del Sistema di Controllo Interno secondo "l'Internal Control Integrated Framework, c.d. CoSO Report" ispirato ai 17 principi del COSO framework, da somministrare ad ogni ente del SIREG. Per ciascuno dei 17 principi sono state individuate delle domande – per complessive n.46 – nel formato (SI/NO), opportunamente adattate, per le quali, ove specificato, è stato richiesto di indicare ulteriori informazioni a corredo della risposta fornita.

Il questionario costituisce un importante strumento per effettuare, da parte degli enti Sireg, un'analisi interna ed un'autovalutazione accurata e completa sul sistema dei controlli, e consentirà di mettere in luce best practices ed eventuali criticità.

Il questionario è stato trasmesso a cura di Orac in via informatica a tutti gli enti Sireg ed è stato fissato il termine del 14 luglio per la restituzione.

Grazie all'elaborazione delle risposte, che avverrà nel secondo semestre 2023, ORAC sarà in grado di valutare il grado di maturità dei controlli interni del Sireg individuando, in un'ottica di affiancamento collaborativo, possibili aree di miglioramento, nonché di valorizzare anche aspetti e soluzioni organizzative positive riguardo al sistema di controllo interno implementato, di cui si terrà conto in sede di rappresentazione complessiva dei risultati, in un'ottica di condivisione delle best practices all'interno del sistema regionale.

- **Esame attività di vigilanza CUVC**

In relazione al compito assegnato all'ORAC dall'art. 3, comma 1 lett. a) Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13- Istituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo – “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”, nel 2022 si è sviluppato un articolato lavoro avviato sin dal 2020, approfondendo e sviluppando alcuni aspetti emersi negli anni precedenti.

Per il 2022 ORAC, nell'esercizio delle funzioni previste dalla Legge Regionale istitutiva in materia di funzionamento del sistema di controllo interno, ha inteso 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.

Considerata l'attenzione che ORAC ha posto in relazione alle ALER, si è ritenuto opportuno partire dal **Centro Unico di Vigilanza e Controllo (CUVC) presso la DG Casa e housing sociale** e dalla sua attività di vigilanza e controllo rispetto alle ALER.

Nel primo semestre di attività il Team Audit, che aveva effettuato degli Audit pianificati su alcune ALER (ALER BG-LC-SO e ALER Pavia-Lodi), ha predisposto l'analisi preliminare, consistente nella raccolta e studio delle norme e della prassi, ha trasmesso al GdL la documentazione più significativa degli Audit già effettuati, in modo da fornire elementi utili per inquadrare la tematica relativa alle ALER.

Nello stesso tempo si è affiancato all'analisi preliminare la costruzione di una bozza di questionario da utilizzare a giugno 2022 per intervistare la Direzione Generale Casa e Housing sociale.

A gennaio 2023 si è svolta, come programmato nel Piano Annuale di Attività ORAC di cui alla Deliberazione n. 22 del 20 dicembre 2022, l'audizione del Direttore Generale CASA e della Dirigente che segue direttamente il flusso documentale con le ALER relativamente al rispetto delle Direttive regionali, e si è predisposto apposito verbale dell'incontro.

In linea con le indicazioni emerse durante l'audizione di gennaio 2023, la DG CASA ha emanato in data 28/02/2023 con Decreto n. 2795 le Direttive per le ALER -Anno 2023, nelle quali la stessa ha fissato specifiche attività di vigilanza sulle ALER, anche in considerazione di eventuali segnalazioni provenienti da organi di controllo.



L'attività del gruppo di lavoro per il primo semestre 2023 è in linea con quanto previsto nel Piano ORAC; nel secondo semestre 2023 si procederà a predisporre una relazione finale sull'attività svolta, che contenga le evidenze emerse, suggerimenti o raccomandazioni da formulare, che sarà a sua volta approvata con Delibera ORAC.

### 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 persegua “*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, è stato selezionato un campione di nove enti - 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 - e pianificate le relative audizioni, di cui n.7, svolte nel 2022, e n.2 nel 2023 al fine di approfondire e condividere aspetti inerenti al funzionamento del sistema di controllo interno dell'Ente e ai possibili profili di miglioramento.

Nello specifico, nel primo semestre 2023, sono state effettuate le seguenti audizioni: in data 12 aprile 2023 con il Direttore Generale dell'IRCCS Tumori Milano; in data 13 aprile 2023 con il Direttore Generale dell'IRCCS San Matteo di Pavia.

La finalità di tali audizioni è consistita nell'approfondimento e nella condivisione degli aspetti inerenti al funzionamento del sistema di controllo interno dell'Ente e ai possibili profili di miglioramento.

Nel corso del II semestre del 2023, verrà rendicontata l'attività svolta sul tema in oggetto, al fine di analizzare il percorso evolutivo del sistema dei controlli degli enti del Sistema Regionale dall'avvio dell'emergenza pandemica sino al suo superamento.

## **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 "Il 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.

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 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, sia 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.

Nel corso del 2023, attraverso il contributo del Direttore della U.O. Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy, il Gruppo di Lavoro di O.R.A.C. si è confrontato sui temi precedentemente sintetizzati con la Direzione Generale Casa e Housing Sociale.

In particolare, il coinvolgimento della DG Casa e Housing Sociale è stato realizzato, in primo luogo, al fine di implementare i flussi informativi intercorrenti tra *tutti* gli attori coinvolti nel sistema dei controlli circa i Modelli Organizzativi di Gestione e Controllo. Si tratta, come precedentemente ricordato: della **Direzione Generale delle Aler**, la quale, anche avvalendosi di professionisti esterni, predispone una bozza di Modello Organizzativo di Gestione e Controllo; del **Presidente delle Aler**, organo competente all'emanazione del M.O.G.; dell'**Organismo di Vigilanza**, cui spetta il controllo concreto circa il funzionamento e circa l'attualità del Modello; della **Direzione Generale Casa e**

**Housing Sociale**, la quale vigila sul rispetto delle direttive annuali emanate nei confronti delle Aler da parte della Giunta di Regione Lombardia.

A seguito degli incontri svoltisi con la Direzione, è stato pubblicato il Decreto n. 2795 del 28.02.23 avente ad oggetto *“Direttive alle aziende lombarde per l'edilizia residenziale (ALER) – Pianificazione attività di vigilanza sulle ALER per l'anno 2023”*.

All'interno del decreto si è deciso di inserire un esplicito riferimento al raccordo con le strutture che svolgono funzioni di vigilanza: *“si deve [...] tenere presente il fatto che, oltre alla Direzione generale casa e Housing sociale, vi sono organi o strutture regionali (ad es. Struttura audit, ORAC) che svolgono funzioni di vigilanza e controllo sul sistema regionale, che, conseguentemente, si rapportano direttamente con le ALER”*.

La dicitura inserita ex novo nelle Direttive annuali alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale, è dunque preordinata a valorizzare il pieno adeguamento che le stesse aziende potranno porre in essere, al fine di uniformarsi alle *migliori pratiche* raccomandate dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

In tal modo, infatti, la vigilanza sul corretto operato delle Aler, effettuata dalla Direzione regionale competente, viene a comprendere, differentemente che in passato, anche i profili di rispetto delle indicazioni fornite dagli organismi di controllo e da O.R.A.C. Infatti, le attività di controllo attivate per il 2023 da parte della DG Casa e Housing sociale prevedono ora anche il *controllo* delle modalità di riscontro e di eventuale allineamento ai *comportamenti amministrativi raccomandati*.

Infine, si è ritenuto di individuare, quali controlli e indagini conoscitive fondamentali per le Direttive 2023, le seguenti tematiche: (i) indagini conoscitive sulle modalità di organizzazione delle ALER, con particolare riferimento alle UOG; (ii) verifica delle modalità di adozione degli atti di competenza del Presidente; (iii) controllo delle modalità di riscontro e di eventuale allineamento alle segnalazioni formulate da organi di controllo, sia di livello regionale che aziendale; (iv) follow-up dei controlli effettuati nel 2022.

Alla luce dei riscontri pervenuti ad ORAC - solo da taluni enti - rispetto alle raccomandazioni di dicembre 2022, risulta possibile formulare le seguenti osservazioni di dettaglio.

## **1) ALER VARESE**

Era indubitabilmente l'ente con la situazione più critica, sia per l'assenza di un idoneo modello di organizzazione e gestione (MOG), sia per la permanenza in carica dell'organismo di vigilanza (OdV) il quale ha proseguito la propria attività - remunerata - nonostante la fattuale inesistenza dell'oggetto del suo controllo (un MOG “sulla carta”, per di più non corrispondente ai requisiti di legge).

Con i provvedimenti del 24 gennaio 2023 l'ente:

a) ha rivisitato l'analisi dei rischi di reato (pagg. 28);

b) si è quindi dotato di un MOG, parte speciale (pagg. 135), nel quale sono previsti presidi di controllo e rinvii a specifiche procedure di prevenzione dei rischi di reato ritenuti rilevanti in sede di *risk assessment*;

c) ha rivisto la parte generale del MOG (pagg. 78);

d) ha previsto e disciplinato i flussi informativi da e verso l'OdV (pagg. 29);

e) ha precisato i contenuti del regolamento per il funzionamento dell'OdV (pagg. 15);

f) si è dotato di un regolamento in materia di *whistleblowing*, con relativo modulo per le segnalazioni, ed "estensione" del primo a collaboratori, consulenti e dipendenti di società esterne;

g) ha rivisto il codice sanzionatorio a presidio del MOG;

h) ha rivisitato il codice etico-comportamentale.

Lo sforzo di adeguamento alle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 è stato obiettivamente rilevante.

Permangono criticità, a suo tempo evidenziate da questo Organismo.

In particolare, non è stato fornito riscontro alle raccomandazioni formulate con delibera n. 1 del 2022.

## **2) O.d.V. di ALER BERGAMO, ALER MILANO e ALER VARESE**

Gli O.d.V. delle tre aziende, scavalcando gli organi apicali di queste ultime, hanno assunto l'iniziativa di rivolgersi direttamente all'Organismo, per contestare i contenuti delle analisi - lamentandone talvolta l'erroneità, talaltra l'incongruità - e delle raccomandazioni formulate nella relazione annuale (2022).

ORAC si riserva di valutare gli esiti delle interlocuzioni avvenute nel corso del secondo semestre 2023.



## **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 proseguito, nel primo semestre del 2023, il monitoraggio dei risultati dell'applicazione delle T&T, verificando la progressiva estensione dell'utilizzo della clausola T&T e dell'applicativo a tutti gli Enti del Sistema Regionale.

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 ed ha aggiornato le Linee guida T&T alla normativa vigente.

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 primo semestre del 2023 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 31 maggio 2023, data di estrazione dei dati al fine del presente monitoraggio, risultano pubblicati 2.868 contratti stipulati da 35 Stazioni appaltanti (la Giunta di Regione Lombardia e 34 Enti Sireg) per un importo complessivo di 2.482.198.444,52 euro, così ripartiti: 131 contratti di Lavori per un importo complessivo di 210.741.040,76 euro, 383 contratti di Servizi per un importo complessivo di 633.503.744,18 euro e 2.354 contratti di Forniture per un importo complessivo di 1.637.953.659,58 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 2.868 contratti 149 sono degli ENTI DIPENDENTI - per un importo totale di 6.325.709,09 euro -, 1 delle SOCIETÀ PARTECIPATE IN MODO TOTALITARIO - per un importo di 5.921.767,60 euro -, 2.621 degli ENTI SANITARI - per un importo totale di 2.285.190.815,14 euro -, 82 degli ENTI PUBBLICI (ALER) - per un importo totale di 34.260.404,52 euro -, 14 degli ENTI PUBBLICI (Consorzi di bonifica, Enti Parco regionali) - per un importo totale di 148.599.747,65 euro e 1 della GIUNTA regionale - per un importo totale di 1.900.000,52 euro.

Dall'analisi dei subcontratti sono state riscontrate tre anomalie. La prima è relativa a undici subcontratti collegati a un contratto principale della GIUNTA regionale. La seconda è relativa a sei subcontratti collegati a tre contratti degli ENTI PUBBLICI (Consorzi di bonifica, Enti Parco regionali). La terza è relativa a sei subcontratti collegati a tre contratti degli ENTI DIPENDENTI. Tutte le anomalie saranno oggetto di approfondimento e, al fine di una migliore rappresentazione dei dati relativi ai subcontratti, non sono considerate nella seguente sintesi di monitoraggio.

Nell'applicativo risultano quindi pubblicati 82 subcontratti, collegati a 29 dei 2.868 contratti, per un importo totale di 2.161.363,21 euro.

Di questi 82 subcontratti 54 sono collegati a contratti di Lavori per un importo complessivo di 1.768.261,91 euro, 21 sono collegati a contratti di Servizi per un importo complessivo di 348.275,00 euro e 7 sono collegati a contratti di Forniture per un importo complessivo di 44.826,30 euro.

Inoltre, di questi 82 subcontratti, 4 sono collegati a contratti degli ENTI DIPENDENTI per un importo totale di 86.200,00 euro e 78 sono collegati a contratti degli ENTI SANITARI per un importo totale di 2.075.363,21 euro.

---

In data 21 febbraio 2023 la responsabile della U.O. Acquisti SSR e Innovazione tecnologica della Direzione Generale Welfare, ha trasmesso al responsabile della U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy, una nota a lei indirizzata datata 10 novembre 2022 con cui i Coordinatori dei Consorzi CAESP MILANO, UNIONE ASST: ATS Insubria – Montagna, UNIONE ATS, UNIONE ASST: ATS Brianza – Pavia, UNIONE ASST: ATS Bergamo – Brescia – Valpadana manifestano le difficoltà e le criticità applicative delle D.G.R. XI/5408 del 25 ottobre 2021 e XI/6605 del 30 giugno 2022 in materia di trasparenza e tracciabilità che le Aziende Sanitarie stanno riscontrando nell'applicazione delle relative disposizioni in esse contenute.

La dirigente ha rappresentato la necessità di individuare un percorso idoneo alla risoluzione delle criticità richiamate, anche con l'eventuale supporto di ORAC.

La Struttura Programmazione acquisti e gestione appalti della Giunta regionale, sentita dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy per esprimere un parere al riguardo, ha riscontrato nella propria attività molte di queste difficoltà.

Premesso che alcune di queste criticità risultano nel frattempo superate con l'aggiornamento dell'applicativo informatico rilasciato il 5 dicembre 2022, successivamente alla data di redazione della nota, le difficoltà che permangono saranno oggetto di valutazione dell'Organismo nel secondo semestre dell'anno.

---

In data 21 giugno 2023, protocollo n. 138, è pervenuta ad ORAC la nota di Aria spa con cui la società relaziona l'attività svolta nell'ultimo semestre sull'applicativo informatico, in ottemperanza a quanto indicato nella deliberazione N° XI / 5408 del 25 ottobre 2021.

## **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 2023, 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 poi deciso, nel corso del 2022, 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. 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.

Nel secondo semestre del 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.

A tal fine, nel primo semestre dell'anno corrente, è stata avviata l'attività istruttoria preordinata ad acquisire la documentazione utile a formare una sufficiente piattaforma cognitiva per poter approfondire i temi in discorso, anche in relazione al tema delle verifiche di gestione del Pronto Soccorso. In particolare, si è acquisita, in riferimento ai controlli sull'accREDITamento, con riferimento alle procedure di contrattualizzazione, il documento "*Verifica dei requisiti di accesso alla negoziazione ai sensi dell'art. 11 c. 4 lettera d) L.R. 33/2009 e s.m.i.*", elaborato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo (A.C.S.S.).

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

La legge istitutiva di ORAC elenca, tra le funzioni che l'Organismo è chiamato a svolgere, quella del *“coordinamento della 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 [...], garantendone l'indipendenza e la terzietà e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati”*.

Fin dalla sua istituzione, ORAC, in stretto raccordo con la Funzione Audit Regionale, ha svolto tale attività e ha conseguentemente acquisito una conoscenza approfondita della Rete Regionale di Internal Auditing. Tali informazioni sono state ottenute, in primo luogo, con la mappatura della Rete IA, mediante questionario sottoposto, nel maggio 2020, ai Responsabili Internal Audit e i cui risultati sono stati riepilogati nel documento *“Rete degli uffici di internal auditing: mappatura e prime indicazioni”*, di cui alla Delibera ORAC n. 15 del 7 dicembre 2020. E' stato avviato, altresì, nel quarto trimestre 2021 un ciclo di incontri con i RIA degli Enti sanitari e con le Aler, proseguito nel primo trimestre del 2022 con gli Enti dipendenti e le società totalmente partecipate.

Tali incontri con i RIA hanno rappresentato un proficuo momento di confronto e condivisione di esperienze, quale stimolo per l'individuazione di buone pratiche finalizzate al miglioramento degli strumenti organizzativi e metodologici, volti al rafforzamento del proprio ruolo.

Altro momento di incontro con la Rete IA si è avuta nel corso del primo semestre 2022, nell'ambito del *“Percorso formativo a supporto della rete regionale di Internal Auditing”* articolato in 4 sessioni a cui hanno partecipato, quali destinatari, i responsabili e/o collaboratori della funzione IA degli Enti Sanitari, delle Aler, degli Enti dipendenti e delle Società in house.

L'attività formativa è proseguita nel 2023, con un nuovo percorso, anch'esso di 4 giornate, svolto nel mese di giugno, diretto ai medesimi destinatari. Gli eventi formativi hanno rappresentato un'ottima occasione di condivisione e riflessione tra i partecipanti - RIA, ORAC e Funzione Audit Regionale - riguardo all'applicabilità concreta degli elementi metodologici, nonché dei limiti e delle esigenze ravvisate dai RIA nell'esercizio delle proprie funzioni. Tali percorsi formativi sono stati organizzati dalla Funzione Audit Regionale e da Polis, a cui ORAC ha collaborato nella definizione dei contenuti.

In considerazione delle criticità e spunti di miglioramento emersi dalla prima mappatura della Rete IA e dagli incontri con la Rete, la Direzione Welfare e la Direzione Casa e Housing Sociale, con l'ausilio di ORAC e di Funzione Audit, hanno formulato specifiche direttive prevedendo un rafforzamento del ruolo, dell'indipendenza, degli

strumenti organizzativi disponibili delle funzioni IA e rimarcando, altresì, elementi già definiti nelle previgenti regole e che, dalla mappatura ORAC 2020, sono risultati, in alcuni casi, disattesi. Tali indirizzi sono stati ricompresi nell'ambito delle Direttive emanate con DGR n.62/78 del 11.04.2022 "Linee guida Regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) e con DGR n.5619 del 2021 "Direttive Regionali alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER) – anno 2022".

ORAC, al fine di monitorare i processi di cambiamento della funzione di Internal Audit negli enti del Sistema, nel secondo semestre 2022, ha effettuato una mappatura aggiornata della Rete IA, richiedendo ai RIA la compilazione di un nuovo questionario, così da comprendere gli elementi di variazione/miglioramento - in termini di collocazione organizzativa, composizione, attribuzioni della funzione IA - anche in considerazione degli indirizzi emanati da Regione per le ALER e gli Enti Sanitari e/o delle indicazioni ORAC. La mappatura ha interessato le funzioni di Internal Audit dei 40 enti del Sistema Sanitario Regionale e degli altri Enti (5 ALER, Arpa, Ersaf, Polis Lombardia, Aria S.p.A., Finlombarda S.p.A.).

Le risultanze di tale nuova mappatura sono state riepilogate nel Documento "Attività relative alla Rete di Internal Auditing – Aggiornamento Mappatura Rete IA", approvato con **Deliberazione ORAC n. 4 del 05 giugno 2023** (Allegato n. 2)

Con tale questionario sono stati raccolti, oltre ai dati di carattere generale o più prettamente legati alla funzione, anche riflessioni, indicazioni e spunti di miglioramento, forniti dagli stessi RIA, riguardanti lo svolgimento delle attività di Internal Auditing.

Gli esiti della nuova mappatura 2022 riportano una fotografia che non presenta sostanziali modifiche rispetto a quanto rappresentato con Deliberazione n.15/2020. Permangono, infatti, le criticità già rilevate nel 2020, riguardo agli aspetti organizzativi, ed in particolare, alla non esclusività delle attività della funzione, ma al cumulo con ulteriori responsabilità che, nella maggioranza dei casi, rendono insufficiente il tempo dedicato dei RIA e della loro struttura all'attività di Internal Audit. A tale criticità si associa l'esiguità o assegnazione stabile delle risorse umane rispetto alle attribuzioni della funzione, o alla difficoltà di organizzare i gruppi di lavoro, laddove collabori personale esterno all'unità organizzative, per concomitanti impegni.

Vanno, invece, sottolineate le modifiche intervenute in alcune realtà, rispetto alla precedente rilevazione, con riferimento alla collocazione organizzativa, riportando, in coerenza con le direttive di riferimento, alla Direzione Generale.

L'Organismo ritiene proficuo il confronto con i RIA, intrapreso in questi anni, evidenziando come, sia dai questionari che dagli incontri diretti, traspare la volontà dei Responsabili IA di acquisire conoscenze, competenze, strumenti metodologici volti a svolgere al meglio le proprie funzioni. Molto positiva, inoltre, è l'esposizione analitica, nei questionari, dei punti di debolezza, delle criticità riscontrate nello svolgimento delle attività operative, cosicché possa essere di ausilio ad ORAC per supportare la Rete IA

nella individuazione di strumenti che possano migliorare le proprie attività. Nei questionari sono stati riportati, altresì, anche i punti di forza, soprattutto nelle realtà in cui la Funzione di Audit è più consolidata. Tali elementi positivi possono rappresentare una base di partenza per individuare e condividere con la rete IA best practice e strumenti di lavoro utili per lo svolgimento delle attività.

Al fine di meglio valutare gli esiti, va precisato che esso è stato somministrato alcuni mesi dopo l'emanazione delle linee guida da parte delle Direzioni Welfare e DG Casa e Housing sociale. Al momento della rilevazione, in alcuni Enti, erano intervenute da poco, modifiche relative ad aspetti organizzativi della funzione i cui effetti "positivi" potrebbero non essere riscontrabili al momento di compilazione del questionario, richiedendo una maggiore tempistica. In altri Enti sanitari, invece, le modifiche organizzative derivanti dall'adozione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS), in coerenza con le nuove Linee Guida Regionali di cui alla DGR 62/78 del 11.04.2022, erano in corso e non completate al momento della rilevazione.

L'Organismo proseguirà, nell'annualità corrente, in collaborazione con la Funzione Audit Regionale, l'attività di coordinamento della Rete IA, al fine di monitorare l'evoluzione organizzativa delle funzioni IA e il superamento delle criticità emerse dalla rilevazione. A tal fine intende:

- prevedere incontri specifici con i singoli Enti per valutare il percorso di adeguamento a quanto definito dalle normative interne;
- continuare la collaborazione con la Funzione Audit per la definizione dei contenuti della formazione della Rete IA, organizzata da Regione Lombardia e Polis, tenendo conto delle esigenze rappresentate dai RIA;
- sviluppare un progetto, con il coinvolgimento degli stessi RIA, volto a facilitare le interrelazioni della Rete IA e rafforzare gli strumenti metodologici ed operativi a disposizione delle funzioni, favorendo la condivisione di conoscenze/competenze.

Alla luce delle risultanze emerse ORAC ha raccomandato una attenta valutazione da parte dei Responsabili Internal Audit e delle Direzioni Generali dei singoli Enti dell'attuale configurazione della Funzione Internal Audit e della coerenza con la normativa interna di riferimento, sia in termini di collocazione organizzativa, indipendenza, obiettività, che di sistematicità nello svolgimento delle attività di IA, all'adeguatezza delle risorse e delle competenze, verificando l'incidenza del cumulo di funzioni sulle attività IA. A seguito di tali valutazioni, ove ravvisate le criticità esposte e/o disallineamenti con la normativa interna, dovranno essere individuate le opportune soluzioni organizzative e adottati i relativi provvedimenti.



## 2. Gestione di pratiche aperte da Orac a seguito di segnalazioni

### Deliberazione Orac n. 1 del 23 gennaio 2023 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto la procedura adottata da parte di una ASST per la procedura di nomina per l'incarico di Direttore di Distretto

In relazione alla segnalazione, relativa a vicende e procedure che hanno portato alla nomina del Direttore di Distretto di una ASST, secondo il segnalante sarebbe viziata da profili di illegittimità.

La segnalazione è avvenuta con due trasmissioni all'Organismo Regionale per le Attività di Controllo. Il segnalante ritiene che non siano state rispettate le procedure legittime per l'assegnazione dell'incarico, poiché la contestazione mossa all'ASST per l'espletamento della procedura è un'illecita attività nell'attribuzione dell'incarico in quanto già in via anticipata si era a conoscenza del soggetto che poi risulterà essere il vincitore della procedura di nomina come Direttore di Distretto.

L'attività istruttoria espletata da parte dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo sulla scelta della procedura per il conferimento dell'incarico di Direttore di Distretto ha fatto emergere che la ASST ha seguito le indicazioni della DG Welfare adottando un Avviso interno per titoli e colloquio.

Dal punto di vista dell'attuazione del procedimento va peraltro precisato che:

A. la comunicazione disposta da parte del Direttore Socio-Sanitario è arbitraria, né è credibile la giustificazione di volersi riferire ad una nomina "*ad interim*", non verificatasi;

B. tale comunicazione ha comunque alterato/scoraggiato possibili altre candidature al successivo Avviso;

C. la nomina e la partecipazione del Direttore Socio-Sanitario alla Commissione di valutazione, alla luce delle sue precedenti dichiarazioni verbalizzate, è non solo inopportuna ma impropria, anche alla luce del fatto che nell'Avviso era prevista la possibilità, non percorsa, di farsi sostituire da un delegato.

L'Organismo Regionale per le attività di Controllo ritiene che il Direttore Socio-Sanitario avrebbe dovuto astenersi o essere ricusato dall'amministrazione, in ragione della anticipazione di un giudizio di preferenza per un candidato, dunque, l'azienda che ha bandito il concorso dovrebbe valutare l'opportunità di aprire una procedura di autotutela per verificare le condizioni di annullamento in ragione del vizio riscontrato.

## Deliberazione Orac n. 2 del 23 gennaio 2023 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto la procedura di conferimento dell'incarico di Direttore Generale di Aziende sanitarie pubbliche

È pervenuta una segnalazione in relazione alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale delle Aziende sanitarie pubbliche in Lombardia, il cui esito ha visto la sua esclusione dall'elenco degli idonei.

Il segnalante ha richiesto a Regione Lombardia copia degli atti della procedura e un intervento di autotutela, allegando la documentazione ricevuta e chiedendo a ORAC di *“attivarsi per i controlli del caso”*. Da parte del segnalante è pervenuta alla segnalazione originaria una integrazione con un documento: *“Ulteriori elementi di criticità con riferimento alla procedura per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale”*.

Per l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo i motivi di censura indicati nella segnalazione possono essere così sintetizzati:

a) La disciplina che regola le modalità di selezione è stata modificata due volte (il 14 dicembre 2021 e il 20 maggio 2022 con leggi regionali) dopo la pubblicazione dell'Avviso e la scadenza del termine di presentazione delle domande, fissata per settembre 2021: le modifiche hanno riguardato l'abolizione di una prova scritta, il numero (aumentato) dei candidati da selezionare e il tempo a disposizione della Commissione di valutazione;

b) Regione Lombardia segue una interpretazione contrastante con la normativa nazionale, selezionando una unica *“rosa”* di candidati valida per tutte le aziende sanitarie (oltre 40), invece di procedere ad avvisi per incarichi in ogni singola azienda o per gruppi omogenei di aziende, come praticato dalle altre Regioni;

c) La Commissione ha assunto criteri *“irragionevoli”* attribuendo in generale un punteggio molto alto per il colloquio, senza esprimere motivazioni, in particolare valutando negativamente il colloquio del segnalante in modo anomalo senza una esplicita motivazione;

d) Il soggetto che ha attestato la regolarità delle Delibere relative al procedimento ha partecipato all'avviso risultando nella rosa.

Le analisi delle criticità della procedura oggetto della segnalazione riguardano:

### **1) Modifiche della disciplina intercorse ad Avviso pubblicato e domande presentate**

Sono state effettuate modifiche di qualche rilevanza (abolizione della prova scritta, aumento del numero della rosa, proroga del tempo di lavoro della Commissione). Nell'Avviso è tuttavia contenuta la formula *“la procedura di selezione oggetto del presente provvedimento sarà automaticamente adeguata alle modifiche legislative che dovessero intervenire”*.

## **2) Elenco nazionale di idonei: definizione della rosa**

Esiste un Elenco nazionale di idonei (gestito e periodicamente rinnovato dal Ministero della Salute) cui gli aspiranti DG devono far parte (previa selezione); solo chi fa parte dell'Elenco nazionale può chiedere di far parte dell'Elenco Regionale; ogni Regione, tramite Avviso pubblico, seleziona i candidati alla nomina di DG di Aziende del proprio territorio, incaricando una Commissione di selezionare i candidati (che necessariamente fanno parte sia dell'Elenco nazionale che di quello regionale) con i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico per cui concorrono.

L'interpretazione invalsa prevalentemente nelle prassi regionali è che la "rosa" selezionata dalla Commissione debba riferirsi alla singola azienda o al massimo ad un gruppo di aziende omogeneo. Ed è questa l'interpretazione adottata da varie Regioni. Regione Lombardia ha indicato invece nella propria legge regionale - non censurata dal Governo sullo specifico punto - la dizione "rosa" al singolare, intendendo una unica rosa per tutti gli incarichi a concorso (oltre quaranta).

Su tale questione ORAC, nel documento sulle procedure di nomina dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie lombarde approvato il 7 novembre 2022, si è già espressa suggerendo a Regione di "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."

## **3. Valutazione e motivazione della Commissione**

Circa la concreta valutazione del colloquio sostenuto dal segnalante, dal verbale della Commissione emerge che l'oggetto del colloquio ha riguardato diversi temi e che l'esito della valutazione è riportato con la formula: *"La Commissione valuta il livello del colloquio non adeguato"*.

Sicché, al fine di assicurare un più alto livello di trasparenza e consentire un esauriente controllo della regolarità della procedura, ORAC suggerisce che sia previsto nei bandi e negli avvisi che, in difetto di prova scritta, i colloqui orali siano oggetto di videoregistrazione, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

## **Deliberazione Orac n. 3 del 4 maggio 2023 - Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto le mancate cure di un paziente psichiatrico**

È pervenuta una segnalazione da parte di un privato cittadino, relativa al mancato accesso alle cure di un parente nel reparto di psichiatria di un Ospedale Lombardo.

Il segnalante comunica che, nonostante ripetuti tentativi di accesso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale al fine di ottenere assistenza nei confronti del parente, i medici della struttura non ritenevano necessario ospedalizzarlo o prescrivergli esami ma lo dimettevano somministrandogli solo alcuni farmaci.

Il segnalante quindi imputa all'Ospedale una mancata tutela del diritto alla salute e all'integrità psico-fisica del malato, non essendo state prestate adeguate cure.

Sono stati inviati ulteriori ragguagli in merito alle condizioni di salute del parente evidenziando di trovare negligente anche il comportamento del CPS (Centro Psico Sociale) nel quale il parente stesso è in cura, che ha ritenuto idoneo somministrare ancora un farmaco che creava disturbi ulteriori, tanto da costringerlo a recarsi al Pronto soccorso dell'Ospedale che lo ha ospedalizzato nel reparto di psichiatria per accertamenti senza però, nei giorni successivi, dare alcun ragguaglio alla famiglia.

Le criticità emerse dalla segnalazione presentata dal segnalante è di ritenere discriminatorio che un paziente con patologie di natura psichiatrica non possa essere ospedalizzato in strutture che sianolocate al di fuori della provincia di residenza.

In merito all'attività svolta da parte dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha inviato alla ASST competente e al Direttore Generale Welfare una nota nella quale richiedeva di effettuare accertamenti in merito alle segnalazioni pervenute e ha informato di ciò il segnalante.

In linea di diritto, le considerazioni conclusive disposte da ORAC, sono quelle presenti nella legge regionale n. 33/2009 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”* nell'art. 53-ter, commi 1 e 2.

ORAC, conclusa la fase istruttoria, ha deliberato l'archiviazione della pratica.

### 3. Comunicazione – Relazioni esterne.

#### 4.1. Comunicazione – Sito web

Il sito istituzionale di Orac ([www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac](http://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 gennaio – giugno 2023, l'utilizzo del sito può essere sintetizzabile dai seguenti dati: 1501 utenti, 2421 sessioni di lavoro, 8648 visualizzazioni di pagina.

### 4. Considerazioni conclusive

L'Organismo, anche nel primo semestre 2023, ha accompagnato l'amministrazione e gli enti del sistema 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 di tipo non emergenziale o post-emergenziali.

L'attività di Orac si è svolta regolarmente con riunioni collegiali effettuate sia in presenza che a distanza, con il prezioso affiancamento delle strutture di staff e con il leale contributo degli organi della Regione e degli enti del Sireg, che si avverte il dovere di ringraziare espressamente.

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

Mette conto in proposito di ribadire alcune considerazioni generali.

Il disegno perseguito dal legislatore lombardo, inedito nel panorama degli ordinamenti regionali, è stato quello di istituire un Organismo nuovo con una *mission* diversa e originale rispetto alle esperienze del passato, prestando speciale attenzione al tema dei **controlli interni**.

Praticare in concreto il principio di indipendenza affermato a livello normativo e, al contempo, "operare in stretto coordinamento con le competenti strutture della Giunta regionale e degli enti del sistema", ha significato per l'Organismo precludersi ogni chiusura autoreferenziale e aprirsi al confronto col sistema regionale nel contesto di una costante e leale collaborazione fra le istituzioni. Anche la presenza di due dirigenti regionali, seppur con uno *status* differenziato per evitare conflitti di interesse, e la fattiva partecipazione alle sedute collegiali del RPCT si sono rivelate un prezioso arricchimento che ha reso più agile e fruttuoso il raccordo tecnico con le strutture regionali.

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 – nel confronto comparativo con altre realtà regionali e istituzioni e nella comune prospettiva del rafforzamento della logica dei controlli interni e della trasparenza.

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, rispetto ai quali Orac intende attivare procedure di controllo e metodologie d'intervento efficaci e snelle, fra le quali va sperimentata la messa in rete e il coordinamento dei controllori e delle risorse informative mediante lo strumento della trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari e della 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 illegalità anche di rilievo criminale: gli appalti, le concessioni, le autorizzazioni, i contratti e i finanziamenti. Così da garantire la destinazione delle ingenti risorse finanziarie di provenienza europea ai previsti investimenti in un progetto di trasformazione della realtà amministrativa.

La sfida consiste quindi nel coniugare tale opportunità con le regole della legalità e della trasparenza. Immaginare un percorso fatto solo di obiettivi, *Milestones*, *target*, risultati, senza che si svolgano efficaci controlli, non è evidentemente consentito. In tal senso non può che essere valorizzata la costituzione di un organismo regionale di controllo che è connotato da indipendenza e che opera secondo il noto canone della *vigilanza collaborativa*. Questa contribuisce 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 degli atti secondo modelli che vedono ORAC come centro di raccolta della rete dei vari soggetti deputati allo stesso controllo.

Orac anche nel primo semestre 2023 ha inteso continuare ad offrire il proprio contributo di analisi perché il sistema regionale possa muoversi correttamente lungo il percorso tracciato.



## Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R.

### Missione 6 – Salute

**Obbligo 1** – Il soggetto attuatore assicura l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rimozione dei conflitti di interessi.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. a)**

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Aggiornamento del Piano anticorruzione dell'Ente con la mappatura dei processi in cui sono gestite risorse finanziarie del PNRR/PNC; Previsione di specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode come previsto dal PNA e dalla normativa vigente.

**Riferimento alle Linee guida allegate alla Circolare Ministero dell'Economia e finanze – 11 agosto 2022 – n. 30 di seguito "Linee Guida" – par. 3.2.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono implementate adeguate politiche di integrità etica, modelli organizzativi e regole di condotta del personale, prevenzione del conflitto di interessi del personale che opera nelle aree più a rischio, meccanismi di rotazione e di separazione delle funzioni ecc.?				
Sono state previste specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR?				
Verrà effettuata la mappatura dei rischi in vista della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026? Indicare nelle note per quali processi				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:





**Obbligo 2** – Il soggetto attuatore assicura l'adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. a)**

**Funzione di controllo: antiriciclaggio / prevenzione della corruzione/controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** verifica del titolare effettivo tramite interrogazione di sistemi informatici, archivi o banche di dati, informazioni e documenti utili ad incrociare le informazioni contenute nelle DSAN (per il conflitto di interessi) e/o nelle altre forme previste (titolarità effettiva) al fine di verificarne la veridicità e la correttezza.

Le linee guida prevedono a carico dei soggetti attuatori i seguenti obblighi:

- 1) Soggetto Attuatore prima della pubblicazione dell'Avviso/Bando di gara deve:
  - ▪ accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente **l'obbligo, da parte dei soggetti partecipanti, di fornire i dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo;**
  - ▪ accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente **l'obbligo del rilascio di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi a carico dei partecipanti (e dei titolari effettivi);**
  - ▪ (eventualmente) prevedere nel bando **un apposito format per la comunicazione dei dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo;**
  - ▪ (eventualmente) prevedere nel bando un **apposito format di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi** (con contenuti coerenti all'oggetto dell'aggiudicazione e conformi alla normativa vigente).
- 2) nella fase istruttoria delle domande di partecipazione alla gara, prima dell'aggiudicazione dell'appalto, deve essere eseguito il controllo formale al 100% delle dichiarazioni rese dai partecipanti all'Avviso/gara al fine della prevenzione e contrasto ai conflitti di interesse e per la verifica del titolare effettivo.
- 3) Deve essere verificato che tutti i soggetti partecipanti alla procedura d'appalto abbiano fornito i dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo e che le comunicazioni in ordine al titolare effettivo siano coerenti con i format (eventuali) predisposti dall'Amministrazione/Stazione appaltante.
- 4) nella fase di stipula del contratto di appalto, prima della sottoscrizione del contratto di appalto con il soggetto aggiudicatario/contraente – oltre ai prescritti controlli previsti dal d.lgs. 50/2016, effettuino controlli specifici sulle dichiarazioni rese dal medesimo soggetto.  
In particolare, devono individuare il "titolare effettivo" dell'aggiudicatario/contraente e adottare misure ragionevoli per verificarne l'identità, in modo che il soggetto obbligato sia certo di sapere chi sia effettivamente la persona fisica per conto della quale è realizzata l'operazione o l'attività. Nel caso di un'entità giuridica, si tratta di individuare la persona fisica (o le persone fisiche) che, possedendo (Criterio dell'assetto societario) o controllando (Criterio del controllo) la suddetta entità, risulta l'effettivo beneficiario dell'operazione o dell'attività. Ciò implica, per le persone giuridiche, i trust, le società, le fondazioni ed istituti giuridici analoghi, l'adozione di misure ragionevoli per comprendere l'assetto proprietario e di controllo. Se non individuato con i due precedenti criteri, il titolare effettivo va individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o di direzione della società.
- 5) Nel caso in cui si faccia ricorso al subappalto (se previsto dall'Avviso/Bando di gara e dal Contratto di appalto), la comunicazione dei dati relativi al titolare effettivo e le relative attività di verifica dovranno essere svolte anche sul soggetto terzo (subappaltatore) cui l'appaltatore affida in tutto o in parte, l'esecuzione del lavoro ad esso appaltato.

La nota integrativa alla Direttiva operativa MDS – UMPNRR-08-16/06/2022 prevede che i soggetti direttamente coinvolti nell'attuazione degli interventi di cui al PNRR, oltre ad ottemperare alle misure ordinarie sancite dalla normativa nazionale, sono tenuti a presentare una specifica DSAN attestante l'assenza di conflitto di interessi. Tale autodichiarazione, che andrà acquisita e trattenuta agli atti del Soggetto Attuatore, andrà rinnovata, tempestivamente, al mutare delle attività e delle circostanze e, comunque, a cadenza almeno annuale. Con



riferimento ai soggetti obbligati a presentare tale autodichiarazione, si intende tutto il personale interno ed esperti esterni che, a vario titolo, esercitino poteri discrezionali e funzioni comunque attinenti alle fasi di: selezione dei progetti e dei soggetti realizzatori; stipula ed esecuzione dei contratti; controllo e rendicontazione delle spese.

I controlli preventivi che competono ai Soggetti attuatori consistono in:

- controlli al 100% delle DSAN, consistenti nella verifica che le stesse siano effettivamente rese da parte dei soggetti obbligati e che siano conformi alla normativa vigente;
- controlli a campione, su almeno il 5% delle dichiarazioni presentate; l'individuazione delle dichiarazioni da assoggettare a controllo deve avvenire utilizzando criteri di casualità e rotazione tramite l'utilizzo di strumenti informatici;
- controlli specifici, sulle dichiarazioni sostitutive per le quali sorgono fondati dubbi circa la veridicità di quanto dichiarato, qualora si sia in presenza di un contrasto tra i dati dichiarati e quelli già in possesso dell'ufficio, o quando vi sono imprecisioni, omissioni o lacune tali da far supporre la consapevole volontà del dichiarante di fornire dati non veritieri.

L'effettivo svolgimento dei suddetti verifiche e controlli, così come il relativo esito, dovrà essere attestato tramite apposita check list da allegare alla richiesta di attivazione dei flussi finanziari.

**Linee guida par. 5.1.3.**

**Direttiva operativa MDS – UMPNRR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii  
DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono adottate procedure per consentire e agevolare il controllo delle DSAN e del titolare effettivo, come richiesto dalla normativa e dalla circolare ministeriale, sia nella fase della predisposizione dei bandi di gara che nella fase dell'aggiudicazione e stipula del contratto d'appalto (e subappalto)?				
È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto ex ante sul titolare effettivo, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?				
È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 3** – Il soggetto attuatore garantisce l'assenza del **c.d. doppio finanziamento** ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241;

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. a)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Verifica che non ci sia una duplicazione del finanziamento degli stessi costi da parte del dispositivo e degli altri programmi dell'Unione Europea, nonché con risorse ordinarie da Bilancio statale. Vedasi la **Circolare n. 33 del 31.12.2021** del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il DPCM 15 settembre 2021 definisce le prime modalità, tempistiche e indicazioni sugli strumenti per la rilevazione dei dati per la fase di attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativa a ciascun progetto finanziato nell'ambito del PNRR.

In conformità all'art. 3 i soggetti attuatori sono tenuti alla rilevazione dei dati dei progetti finanziati e, in particolare, degli elementi anagrafici e identificativi, della localizzazione, dei soggetti correlati al progetto, delle informazioni inerenti alle procedure di affidamento di lavori, acquisto di beni e realizzazione di servizi, dei costi previsionali e delle relative voci di spesa, degli avanzamenti fisici, procedurali e finanziari, della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria, nonché dell'avanzamento dei milestone e target collegati.

In particolare, con gli artt. 5 e 6 vengono specificate le principali indicazioni di carattere operativo volte al monitoraggio e alla tracciabilità dei finanziamenti nonché alla definizione del set informativo dei singoli progetti, ovvero del set minimo di dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale da raccogliere, conservare e trasmettere.

Tali aspetti ivi indicati contribuiscono direttamente o indirettamente alla costruzione di un sistema valido ai fini della garanzia del rispetto del divieto di doppio finanziamento delle spese agevolate.

**Linee Guida**

**Circolare n. 33 del 31.12.2021**

**Direttiva operativa MDS – UMPNRR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii**

**DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono poste in essere procedure per prevenire il doppio finanziamento pubblico degli interventi?				
È prevista negli atti di rendicontazione del progetto una dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese?				
È prevista una verifica all'interno dei documenti giustificativi di spesa emessi dai fornitori (fatture) degli elementi necessari a garantire l'esatta riconducibilità delle spese del progetto finanziato?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

**O.R.A.C.**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



Obbligo 4 – Il Soggetto attuatore adotta proprie procedure interne, assicurando la conformità ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dal Ministero della Salute.

Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. b)

**Funzione di controllo: controllo di regolarità amministrativo-contabile / compliance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Con riferimento al Piano italiano, le procedure previste per l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interessi e per evitare i casi di doppio finanziamento, unitamente al processo di verifica/implementazione delle categorie di dati a sistema, devono fornire una risposta proporzionata e adeguata alle situazioni specifiche relative all'erogazione dei fondi, combinando misure già presenti a legislazione vigente con procedure specificamente previste per il PNRR, in una logica unitaria e volta a creare un sistema di controllo efficace, efficiente e strutturato nonché capace di garantire un corretto utilizzo dei fondi Next Generation EU destinati al Piano Nazionale di Ripresa Resilienza Italia (PNRR) ai sensi di quanto disposto dal più volte citato art. 22 del Reg. (UE) 2021/24.  
<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5971&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>

**Sistema di gestione e controllo PNRR - Ministero della salute adottato con Decreto del 29/07/2022  
 Direttiva operativa MDS – UMPNRR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii  
 DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono state recepite le procedure indicate nella manualistica predisposta dal Ministero della Salute (Sigeco- direttive operative)?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 5** – Il soggetto attuatore garantisce il rispetto dell’obbligo di richiesta e indicazione del Codice Unico di Progetto (CUP) su tutti gli atti amministrativi e contabili;

**Riferimento al C.I.S.:** art. 5, co. 1, lett. c)

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo – contabile / controllo strategico e di gestione**

**Principali indicazioni ministeriali:** Gli atti amministrativi dei soggetti attuatori devono contenere per ciascun progetto PNRR a pena di nullità, il relativo codice unico di progetto CUP. Il CUP va indicato obbligatoriamente in tutti i documenti giustificativi di spesa e pagamento. Le amministrazioni assicurano la completa tracciabilità delle operazioni attraverso conti correnti dedicati o codificazione contabile adeguata

L’art. 2 del DPCM 15 settembre 2021 prevede che le amministrazioni titolari/soggetti attuatori degli interventi sono tenute a garantire che i progetti siano sempre corredati, ai fini dell’ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del CUP di cui all’articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, inclusa la fattura elettronica, gli ordini di impegno e di pagamento.

**Linee guida par. 3.1; 5.2.2**

**Direttiva operativa MDS – UMPNRR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii**

**DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
È prevista la verifica che sui titoli di spesa sia riportata l’indicazione del CUP del progetto?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all’obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 6** – Il soggetto attuatore assicura il rispetto del **principio di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali (DNSH)**, ai sensi dell'articolo 17 del Reg. (UE) 2020/852, e delle indicazioni in relazione ai principi orizzontali di cui all'articolo 5 del Reg. (UE) 2021/241;

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. d)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Esplicitare gli elementi essenziali necessari all'assolvimento del DNSH nei decreti di finanziamento e negli specifici documenti tecnici di gara; inserire nelle specifiche tecniche per l'applicazione progettuale delle prescrizioni finalizzate al rispetto del principio DNSH; nelle fasi della rendicontazione delle spese e dei milestone, attestare il rispetto delle condizioni collegate al rispetto del principio; acquisire le relative autodichiarazioni.

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Nella fase di predisposizione ed approvazione di un Avviso/Bando di gara viene verificato che negli atti e nei documenti della procedura (es. bando e relativi documenti tecnici e amministrativi) siano indicati gli elementi e le prescrizioni/obblighi per il soggetto realizzatore, degli eventuali ulteriori obblighi derivanti da quanto indicato negli Atti Programmatici della Misura in riferimento al CID (Council Implementing Decision) ed all'OA (Operational Arrangements) e, ove richiesto dal CID e dagli OA, siano inseriti una esplicita esclusione delle attività non conformi alla normativa ambientale dell'UE e nazionale e l'acquisizione di eventuali attestazioni che certifichino il rispetto del principio DNSH?				
Le procedure adottate garantiscono l'applicazione del principio DNSH così come dettagliate nelle check list allegate alla circolare del 13 ottobre 2022, n. 33 (aggiornamento delle guide operative di cui alla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 32 del 30 dicembre 2021)?				
Viene verificato che nei documenti contrattuali sia indicato tra gli obblighi del soggetto realizzatore il rispetto dei requisiti del DNSH richiamati dalla programmazione di dettaglio e dagli atti programmatici?				
Nella fase contrattuale vengono verificate le eventuali attestazioni acquisite dal soggetto realizzatore in fase di aggiudicazione?				
Nella fase di esecuzione dei contratti d'appalto in occasione della presentazione dei SAL vengono effettuate verifiche sugli obblighi assunti in sede di contratto di appalto, relativamente al rispetto del principio DNSH?				
Le check list con la sintesi dei controlli sono utilizzate anche per quegli interventi già avviati prima				



dell'approvazione del PNRR (i cd. "progetti in essere"), al fine di verificare la sussistenza di quegli elementi tassonomici che rendono un intervento conforme al principio DNSH e pertanto ammissibile nella rendicontazione connessa con il Piano?				
---	--	--	--	--

***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:





**Obbligo 7** – I dispositivi amministrativi volti all'individuazione/selezione dei singoli interventi da finanziare sul PNRR devono prevedere il rispetto dei seguenti principi e obblighi: **principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale (cd. tagging) teso al conseguimento e perseguimento degli obiettivi climatici e della transizione digitale**, qualora pertinente per la tipologia di intervento considerata (Allegati VI e VII Regolamento UE 2021/241), con possibilità di sospensione oppure di revoca del finanziamento nel caso di accertamento della violazione di tali principi. Il soggetto attuatore, inoltre, deve assicurare il conseguimento degli **Indicatori comuni (Regolamento delegato UE 2021/2106 della Commissione)**.

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / compliance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** i singoli progetti devono essere in grado di garantire che siano rispettati a livello di misura i vincoli di destinazione agli obiettivi climatici e di trasformazione digitale. Si veda anche la circolare 21/2021 Istruzioni tecniche per la selezione dei progetti PNRR, in cui si prevede l'obbligo di individuare nella progettazione e negli specifici documenti tecnici di gara le condizioni prescrittive necessarie all'assolvimento del contributo climatico o digitale specificando le caratteristiche che dovranno avere i singoli interventi (in particolar modo per il codice 025TER - Costruzione di nuovi edifici efficienti sotto il profilo energetico).

Per quanto concerne il rispetto degli indicatori comuni, vedasi anche la Circolare del Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato n. 34 del 17.10.2022, con le allegate Linee Guida metodologiche per la rendicontazione e la trasmissione degli indicatori comuni, in particolare per l'indicatore 12 "Capacità di Strutture Sanitarie Nuove o Modernizzate" applicabile a M6C1.

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene verificato che nei documenti di gara (p.e. capitolato, disciplinare, specifiche tecniche) sia indicato tra gli obblighi del soggetto attuatore il rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi agli investimenti/riforme di interesse (il contributo programmato all'indicatore comune e, se pertinente, il contributo ai tagging ambientali e digitale)?				
Nella fase di stipula con il soggetto realizzatore viene verificato che nel contratto siano definiti ed indicati come obblighi del soggetto realizzatore il contributo programmato all'indicatore comune ed eventualmente il contributo ai tagging ambientali e digitale?				
Nella fase di esecuzione del contratto viene verificato il rispetto degli obblighi concordati in fase di stipula e relativi in particolare al contributo all'indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali?				
Per quanto concerne il rispetto degli indicatori comuni, sono state previste modalità di conteggio, secondo stock o secondo flow (secondo le indicazioni della citata circolare) in modo da rendicontare il conseguimento degli indicatori comuni di interesse per la Missione?				



***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 8** – Rispettare la coerenza con le strategie nazionali e con i **principi orizzontali** e gli obblighi specifici del PNRR relativamente ai **temi delle pari opportunità, generazionali e di genere, insieme all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità** (art. 47, co. 2-3bis D.L. 77/2021).

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Si vedano le Linee Guida per favorire le pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR (DPCM 7 dicembre 2021).

**Linee Guida  
DPCM 7 dicembre 2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Il contenuto di tali obblighi è richiamato nei bandi di gara, al fine di garantire la certezza nei rapporti giuridici e per la tutela dell'affidamento degli operatori economici interessati?				
È previsto un controllo a campione circa l'effettivo impiego del personale in conformità a quanto dichiarato dagli appaltatori?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 9** – Il Soggetto attuatore garantisce l'avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto e sottopone al Ministero della salute le eventuali modifiche al progetto.

**Riferimento al C.I.S.:** art. 5, co. 1, lett. f)

**Funzione di controllo: Controllo Strategico e di Gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Il soggetto attuatore deve controllare il rispetto delle condizionalità PNRR verificando la tempistica di realizzazione delle attività progettuali riferite ai target e milestone di progetto/intervento ed inserite negli obblighi del soggetto realizzatore.

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Nei documenti contrattuali è previsto l'inserimento dell'obbligo per il soggetto realizzatore (appaltatore) della comunicazione del monitoraggio in itinere del corretto avanzamento dell'attuazione delle attività per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive?				
È prevista la verifica da parte del soggetto attuatore/intermediario della tempistica di realizzazione delle attività progettuali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 10** – Il Soggetto attuatore garantisce, nel caso in cui si faccia ricorso alle procedure di appalto, il rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.

**Riferimento al C.I.S.:** art. 5, co. 1, lett. g)

**Funzione di controllo: Compliance / Controllo di regolarità amministrativo – contabile.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono adottate check-list di autocontrollo (cfr. anche All. 8, <i>Check list versione informatizzata</i> del PNA 2022) in merito al rispetto delle procedure previste dal dlgs 50/2016?				
È prevista apposita attestazione che certifichi lo svolgimento e l'esito regolare delle attività di verifica svolte?				
È previsto un presidio di controllo circa l'applicazione delle linee guida T&T, di cui alla D.G.R. XI/6605 del 30.06.2022?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 11** – Il Soggetto attuatore presenta, con cadenza almeno bimestrale, la **rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti**, nei tempi e nei modi previsti dal presente contratto ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. h)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

Principali indicazioni ministeriali: il soggetto attuatore è tenuto a rendicontare le spese sostenute o i costi maturati attraverso idonee domande di rimborso; attestare il corretto svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo-contabile; attestare il rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi alla misura, del principio del DNSH; attestare l'assenza del doppio finanziamento.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono adottate check-list di controllo che attestino la verifica delle spese sostenute secondo le indicazioni delle linee guida?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 12** – Il Soggetto attuatore individua eventuali fattori che possano determinare **ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa**, definita nel cronoprogramma relazionando al Ministero della salute titolare dell'intervento.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. k)**

**Funzione di controllo: Controllo Strategico e di Gestione / Valutazione della Performance**

Il soggetto attuatore nella fase di esecuzione delle attività previste dal contratto d'appalto del progetto deve prevedere in occasione della presentazione di ciascun Sal da parte del soggetto realizzatore, opportune verifiche in merito al rispetto delle tempistiche di realizzazione/avanzamento.

**Linee guida par. 5.2.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono previste verifiche in merito a eventuali ritardi derivanti dall'attuazione dei contratti di appalto, di forniture, o dalla mancata espressione di pareri di competenza di altri enti coinvolti nelle procedure? Viene data tempestiva informazione al Ministero della salute?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 13** – Il Soggetto attuatore svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri **Enti eventualmente delegati** alla attuazione degli interventi per lo svolgimento delle attività di competenza, di verifica tecnica e validazione dei progetti relativi ai singoli interventi.

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. n)**

	SI	NO	N/A	NOTE
La DG Welfare ha dato indicazioni e linee di indirizzo alle ASST per lo svolgimento delle attività di competenza, di verifica tecnica e validazione dei progetti? Indicare i riferimenti				
È una responsabilità dei dirigenti regionali individuati nel decreto n. 7303 del 25 maggio 2022 la validazione delle schede di intervento dei progetti?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:





**Obbligo 14** – Il Soggetto attuatore adotta il **sistema informatico utilizzato dal Ministero della salute**, finalizzato a raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l’audit, secondo quanto previsto dall’articolo 22 paragrafo 2 lettera d) del Regolamento (UE) 2021/241 e tenendo conto delle indicazioni che verranno fornite dal Ministero della salute.

**Riferimento al C.I.S.:** art. 5, co. 1, lett. o)

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** L’attività di rendicontazione deve essere registrata sul sistema informativo utilizzato dall’amministrazione centrale o sul sistema informativo Regis, in conformità con le procedure previste all’interno dei Sistemi di gestione e controllo delle singole amministrazioni centrali titolari di misure PNRR

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Il sistema informativo adottato per raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l’audit è quello utilizzato dal Ministero della salute?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all’obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 15** – Il Soggetto attuatore carica sul sistema informativo di cui al precedente punto i dati e la documentazione utile all'esecuzione dei controlli preliminari di conformità normativa sulle procedure di aggiudicazione da parte dell'Ufficio competente per i controlli di competenza del Ministero della salute in qualità di Amministrazione centrale titolare della Missione 6 del PNRR, sulla base delle istruzioni contenute nella connessa manualistica predisposta da quest'ultima.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. p)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** il soggetto attuatore è tenuto a garantire idonea registrazione sul sistema informativo di tutti i dati e le informazioni minime in merito ai progetti.  
Nello specifico il soggetto attuatore è tenuto a garantire con tempestività, continuità ed efficacia:

- la registrazione dei dati e delle informazioni relativi alle spese da rendicontare;
- la registrazione tramite le funzionalità del sistema informativo ReGIS dell'attestazione dell'esito regolare delle verifiche svolte su tutte le spese (e relative procedure ad esse collegate) esposte a rendicontazione ed inserite nel "Rendiconto di Progetto" ossia verifiche ordinarie amministrativo-contabili, verifiche sul rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi alla misura, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR, verifiche in ordine al titolare effettivo (su appaltatore ed eventuale subappaltatore), nonché verifiche sull'assenza di conflitto di interessi e doppio finanziamento.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
È istituita una funzione preposta alla rilevazione continua, costante e tempestiva dei dati dei progetti finanziati, delle informazioni inerenti alle procedure di affidamento, degli avanzamenti fisici, procedurali e finanziari, nonché della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria?				
Per garantire l'efficace aggiornamento del sistema informativo ReGIS e la possibilità di consultazione di dati e documenti e/o le attività di controllo nel corso delle attività è previsto il caricamento tempestivo e continuativo dei dati, delle informazioni e dei relativi documenti nelle rispettive sezioni dell'applicativo anche preliminarmente alla rendicontazione delle spese e del Rendiconto di Progetto?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

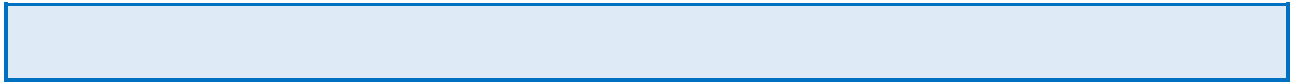
Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

**O.R.A.C.**





**Obbligo 16** – Il Soggetto attuatore garantisce la correttezza, l’affidabilità e la congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell’intervento, quantificati in base agli stessi indicatori adottati per i milestone e i target della misura e ne assicura l’inserimento nel sistema informatico e gestionale adottato dal Ministero della salute nel rispetto delle indicazioni che saranno fornite dal Ministero della salute stesso.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. q)**

**Funzione di controllo: controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance**

**Principali indicazioni ministeriali:** L’attestazione delle verifiche svolte in fase di rendicontazione delle spese viene effettuata sul sistema ReGIS apponendo specifico flag informatico in apposita sezione. In corrispondenza di ciascun flag occorrerà allegare idonea documentazione probatoria del controllo svolto (es: check list, attestazioni, etc.) che dovrà essere elaborata dalle Amministrazioni titolari di Misure PNRR in ragione delle peculiarità e specificità di ciascuna riforma/investimento nonché ogni altra documentazione da queste ritenuta necessaria (specie in relazione al rispetto delle condizionalità/requisiti PNRR). Con riferimento specifico alla verifica sul rispetto del principio DNSH (trasversale e comune a tutti gli interventi) si precisa che, laddove lo stesso costituisca anche un requisito esplicito dell’intervento espressamente indicato nelle condizionalità di cui all’Annex alla CID e agli Operational Arrangements, sarà necessario allegare attestazione di verifica di tutti gli elementi di controllo delle checklist utilizzate con indicazione della documentazione probatoria.

**Linee guida par. 5.3.**

	SI	NO	N/A	NOTE
È istituito un presidio finalizzato alla verifica della correttezza, affidabilità e congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell’intervento?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all’obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 17** – Il Soggetto attuatore fornisce tutte le informazioni richieste relativamente alle procedure e alle verifiche in relazione alle spese rendicontate conformemente alle **procedure e agli strumenti definiti nella manualistica adottata dal Ministero della salute.**

*Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett.r)*

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance**

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
La DG Welfare ha fornito con delle linee guida i dettagli delle procedure e degli strumenti da utilizzare per la corretta gestione del processo di rendicontazione?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 18** – Il Soggetto attuatore **garantisce la raccolta e la conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni** - nel rispetto di quanto previsto all'articolo 9, comma 4 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 108, nonché la messa a disposizione di detta documentazione, nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, del Ministero della Salute, del Servizio centrale per il PNRR, dell'Unità di Audit, della Commissione europea, dell'Ufficio europeo per la lotta antifrode (OLAF), della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, autorizzando la Commissione, l'OLAF, la Corte dei conti e l'EPPO a esercitare i diritti di cui all'articolo 129, paragrafo 1, del regolamento finanziario (UE; EURATOM) 1046/2018. Il soggetto Attuatore **garantisce la disponibilità dei documenti giustificativi relativi alle spese sostenute e dei target realizzati come previsto dall'articolo 9, comma 4 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.**

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. s), u)**

**Funzione di controllo: Controllo Operativo / Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Le istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo tra le principali competenze dei soggetti attuatori prevedono la conservazione e tenuta documentale di tutti gli atti e i documenti connessi all'attuazione dell'intervento e all'avanzamento relativo agli indicatori di output di particolare interesse al PNRR eventualmente associati al progetto approvato.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono individuate le modalità di conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e/o informatici?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 19** – Il Soggetto attuatore **predispone i pagamenti secondo le procedure stabilite dal Ministero della salute**, contenute nella relativa manualistica, nel rispetto del piano finanziario e cronogramma di spesa approvato, **inserendo nel sistema informativo i relativi documenti riferiti alle procedure e i giustificativi di spesa e pagamento necessari ai controlli ordinari di legalità e ai controlli amministrativo-contabili** previsti dalla legislazione comunitaria e nazionale applicabile, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 22 del Regolamento (UE) n. 2021/241 e dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108

*Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. u)*

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono state emanate dalla DG Welfare le linee guida previste dalla DGR n. 6426/22 relative alle modalità di erogazione delle risorse sulla base di regolamenti UE e SIGECO- MEF?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 20** – Il soggetto attuatore effettua i **controlli di gestione, i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale** applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantisce la riferibilità delle spese al progetto finanziato;

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. w)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile**

**Principali indicazioni ministeriali:** Il soggetto attuatore in tutte le fasi di esecuzione delle attività deve effettuare i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla normativa vigente prima della rendicontazione delle spese all'amministrazione titolare della Misura. In particolare, deve svolgere la verifica della presenza sui giustificativi di spesa degli elementi obbligatori di tracciabilità previsti dalla normativa vigente e degli elementi necessari a garantire l'esatta riconducibilità delle spese al progetto finanziato (CUP, CIG, riferimento al titolo dell'intervento e al finanziamento da parte della UE e all'iniziativa Next Generation EU, ecc.)

Nell'ambito dell'ordinario controllo amministrativo-contabile previsto dalla normativa vigente, rientra anche il controllo di linea interno, volto ad assicurare la corretta esecuzione dei processi di cui è responsabile il dirigente, che deve essere adattato alle procedure PNRR, a titolo esemplificativo mediante la definizione di apposite check list per facilitare l'assolvimento delle varie operazioni.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene verificato che su tutti gli atti, i contratti e i provvedimenti di spesa adottati per l'attuazione degli interventi del PNRR sono effettuati i controlli ordinari di legalità e i controlli amministrativo contabili per garantire la correttezza, la conformità, la legittimità, la tracciabilità e l'ammissibilità delle spese da rendicontare?				
Nell'ambito degli ordinari controlli amministrativo-contabile, si prevede di avviare delle verifiche formali - e in quale percentuale - sulla documentazione amministrativa tecnica e contabile dell'avanzamento delle spese di target e milestone inserita nel sistema informatico?				
Si prevede di effettuare, una volta avviati concretamente i progetti dal punto di vista materiale e finanziario, anche delle verifiche amministrative on desk e in loco, a campione?				
Nel caso di cui al punto precedente si prevede di predisporre una apposita check list che possa costituire un utile documento comprovante il controllo?				
è effettuata una verifica in tal senso prima della rendicontazione in ReGis/all'Amministrazione centrale?				





Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 21** – Il Soggetto attuatore **inoltra le richieste di pagamento al Ministero della salute con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute** - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi – e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento, e i pertinenti documenti giustificativi secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi.

**Riferimento al C.I.S.:** art. 5, co. 1, lett. x)

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Le domande di rimborso sono presentate in conformità con i sistemi di gestione e controllo dell'amministrazione centrale titolare della misura. Sono corredate dal rendiconto delle spese sostenute e dalle attestazioni circa il corretto svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo contabile; verifiche ex ante conflitto di interessi; rispetto delle condizionalità PNRR, ulteriori requisiti PNRR; principi trasversali e del principio del DNSH; attestazione di assenza del doppio finanziamento .

**Linee guida par. 5.3.**

	SI	NO	N/A	NOTE
È prevista una procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento conforme alle indicazioni ministeriali? Se sì, dettagliarla brevemente nel campo note				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 22** – Il Soggetto attuatore **garantisce l'adozione di un'apposita codificazione contabile adeguata e informatizzata per tutte le transazioni** relative al progetto per assicurare la tracciabilità dell'utilizzo delle risorse del PNRR e in conformità a quanto stabilito dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 ottobre 2021.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. y)**

**Funzione di controllo: controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** In base a quanto stabilito dall'art. 9 del decreto-legge n. 77/2021, le amministrazioni pubbliche attuatrici assicurano la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una apposita codificazione contabile, conservando inoltre tutti gli atti e la relativa documentazione giustificativa su supporti informatici adeguati e rendendoli disponibili per le attività di controllo e di audit.

**Linee guida par. 5.3.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Le procedure adottate garantiscono l'adozione di una codificazione contabile adeguata ai fini dell'ammissibilità delle spese?				
E' effettuata una verifica in tal senso prima della rendicontazione in ReGis/all'Amministrazione centrale?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 23** – Il Soggetto attuatore garantisce il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241 indicando nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell'ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell'Unione europea e all'iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase "finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU"), riportando nella documentazione progettuale l'emblema dell'Unione europea e fornisce un'adeguata diffusione e promozione del progetto, anche online, sia web sia social, in linea con quanto previsto dalla Strategia di Comunicazione del PNRR; fornisce i documenti e le informazioni necessarie secondo le tempistiche previste e le scadenze stabilite dai Regolamenti comunitari e dal Ministero della salute e per tutta la durata del progetto.

**Riferimento al C.I.S.: art. 5, co. 1, lett. dd)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** I soggetti attuatori a vario titolo coinvolti nel processo di attuazione del PNRR e dei relativi progetti dovranno:

- mostrare correttamente e in modo visibile in tutte le attività di comunicazione a livello di progetto l'emblema dell'UE con un'appropriata dichiarazione di finanziamento che reciti "finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU".
- garantire che i destinatari finali del finanziamento dell'Unione nell'ambito del PNRR riconoscano l'origine e assicurino la visibilità del finanziamento dell'Unione (inserimento di specifico riferimento al fatto che l'avviso è finanziato dal PNRR, compreso il riferimento alla Missione Componente ed investimento o sub-investimento)
- quando viene mostrato in associazione con un altro logo, l'emblema dell'Unione europea (cfr. FOCUS) deve essere mostrato almeno con lo stesso risalto e visibilità degli altri loghi. L'emblema deve rimanere distinto e separato e non può essere modificato con l'aggiunta di altri segni visivi, marchi o testi. Oltre all'emblema, nessun'altra identità visiva o logo può essere utilizzata per evidenziare il sostegno dell'UE.

**Si.Ge.Co Ministero della Salute PNRR M6 – versione del 9.3.2023, pagg. 29 e 116**

	SI	NO	N/A	NOTE
Le procedure garantiscono il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS in relazione all'obbligo in esame:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

**Richiesta specifica** – Dettagliare gli eventuali flussi informativi che intercorrano con le Agenzie di Tutela della Salute, specificando le modalità di relazione e di coinvolgimento delle stesse, anche in relazione agli altri obblighi indicati dal presente questionario:

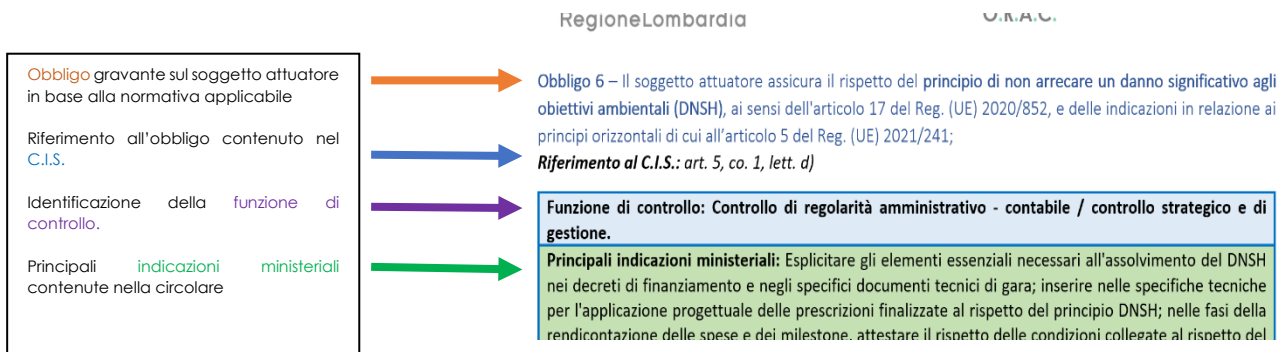
***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le ASST/IRCCS:***



**Appendice: il Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. – Missione 6 Salute.**

Il presente questionario è suddiviso in 23 **obblighi**, espressione di una sintesi degli adempimenti richiesti al Soggetto Attuatore dalla normativa applicabile. Si fa riferimento, *in primis*, al Regolamento UE 2021/241, istitutivo del dispositivo per la ripresa e la resilienza, poi ai Regolamenti UE richiamati o delegati dal precedente (puntualmente identificati in ciascun obbligo del questionario); al Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77 (*Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*) e ss.mm.ii., e alle principali fonti normative statali succedutesi nel tempo (da ultimo, il Decreto-Legge 24 febbraio 2023, n. 13).

In relazione a ciascuno dei principali obblighi indicati dalla normativa così sintetizzata, è stato riportato l'appropriato riferimento ai provvedimenti ministeriali attributivi delle risorse economiche a Regione Lombardia e, soprattutto, agli accordi/intese/contratti per la suddivisione degli obblighi tra Amministrazione Centrale Titolare dell'Intervento e Regione Soggetto Attuatore. Nel caso della Missione 6 "Salute", si è dunque indicato con precisione il riferimento puntuale al singolo articolo del **Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.)** per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni, siglato il 31.05.2022 tra Ministero della Salute e Regione Lombardia, in relazione alla Missione 6 "Salute".



Ogni obbligo, gravante sul soggetto attuatore, è poi sussunto in una determinata **funzione di controllo** (p.e. controllo di regolarità amministrativo-contabile; controllo strategico; controllo di gestione etc.), quale ausilio all'identificazione dei soggetti interni all'amministrazione, qualificati nel dare un eventuale contributo per la compilazione del questionario di autodiagnosi.

Si riportano, infine, le **principali indicazioni ministeriali** formulate con riferimento agli adempimenti in relazione ai quali si chiede conto. Nella maggior parte dei casi, si fa riferimento alle "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 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, n. 30 del 11 agosto 2022. Là dove



siano stati presi in considerazione altri atti provvedimenti dello Stato, è fatto espresso riferimento agli stessi nel riquadro giallo successivo alle "indicazioni ministeriali", come riportato nella figura.

interventi sono tenute a garantire che i progetti siano sempre corredati, ai fini dell'ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del CUP di cui all'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, inclusa la fattura elettronica, gli ordini di impegno e di pagamento.  
Linee guida par. 3.1; 5.2.2  
Direttiva operativa MDS - UMPNRR-08-16/06/2022 e ss.mm.ii  
DPCM 15/09/2021

La sperata utilità di tali richiami consiste nel facilitare la ricerca di quegli atti che possano, per la loro intrinseca attitudine a fornire istruzioni tecniche di dettaglio, essere posti a fondamento dell'attività amministrativa finalizzata alla predisposizione di meccanismi di controllo per le singole aree tematiche richiamate.

In relazione a ciascun obbligo così formulato, l'interesse di ORAC consiste nell'acquisire due tipologie di informazioni: da un lato si chiede di rispondere a domande specifiche, attraverso la compilazione di una check-list guidata (Sì/No/Quesito specifico non applicabile al compilatore/Campo note per eventuali ulteriori integrazioni); dall'altro si chiede di fornire una risposta, in formato aperto, che dettagli (i) quali siano i soggetti e le strutture competenti nel monitorare l'adempimento del singolo obbligo attenzionato, (ii) quali siano le procedure poste in essere per assicurare un presidio circa l'attuazione dell'obbligo medesimo.

Indicazioni ministeriali. Aggiornamento del piano articolazione dell'ente con la mappatura dei processi in cui sono gestite risorse finanziarie del PNRR/PNC; Previsione di specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode come previsto dal PNA e dalla normativa vigente.  
Riferimento alle Linee guida allegate alla Circolare Ministero dell'Economia e finanze - 11 agosto 2022 - n. 30 di seguito "Linee Guida" - par. 3.2.

Quesiti di specifico interesse contenuti nella check-list guidata.

Campo a risposta aperta per le informazioni relative alle modalità di attuazione del presidio di controllo di ciascun obbligo.

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono implementate adeguate politiche di integrità etica, modelli organizzativi e regole di condotta del personale, prevenzione del conflitto di interessi del personale che opera nelle aree più a rischio, meccanismi di rotazione e di separazione delle funzioni ecc.?				
Sono state previste specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR?				
Verrà effettuata la mappatura dei rischi in vista della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026? Indicare nelle note per quali processi				

Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Welfare e le Asst in relazione all'obbligo in esame:

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:

L'auspicio dell'Organismo è che il campo destinato alla risposta in formato aperto - vero fulcro informativo del presente questionario - possa consentire all'amministrazione di dettagliare non solo le procedure di controllo poste in essere per monitorare il rispetto del singolo obbligo richiamato, ma anche e soprattutto di descrivere il ruolo delle varie strutture interessate nel complesso procedimento di relazione con gli altri soggetti interessati.



Così, ponendo l'esempio dell'obbligo consistente nell'assicurare il rispetto del principio di non arrecare un danno significativo all'ambiente (*Do not significant harm – DNSH*; Obbligo 6), e immaginando che nel caso di specie l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale si avvalga di una Stazione Unica Appaltante, attraverso il campo della risposta aperta è possibile dettagliare, in ipotesi, i flussi circa l'acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative al rispetto delle indicazioni circa il DNSH dettagliate con circolare MEF-RGS n. 33 del 13 ottobre 2022: le dichiarazioni sono acquisite dal soggetto appaltatore? Vengono acquisite dalla Stazione Unica Appaltante e/o dal RUP? Quali altri soggetti dell'amministrazione hanno accesso alle dichiarazioni? Che tipi di controlli vengono svolti sulle stesse? Che tipo di rendicontazione è fornita a Regione Lombardia – DG Welfare circa i controlli posti in essere?

In altri termini, l'interesse sotteso alla somministrazione del presente questionario consiste nell'approfondire gli scambi informativi tra i soggetti interessati all'attuazione della singola Missione, Componente, Riforma o Investimento, nella catena di relazione che, dal punto di vista teorico e secondo la sua massima espansione, può coinvolgere: Ministero quale Amministrazione Centrale – RL quale soggetto attuatore (con riferimento alla specifica Direzione Generale) – l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale – la Stazione Unica Appaltante – i partecipanti e i vincitori delle gare.

Le indicazioni per dettagliare l'esplicazione dei singoli presidi in riferimento a ciascun obbligo, pertanto, si possono ricavare tanto dai riferimenti ministeriali richiamati, quanto dalle domande di specifico interesse rivolte.

Quanto al *perimetro oggettivo* di indagine del presente questionario, inoltre, occorre specificare che, all'esito del confronto intervenuto con la Direzione Generale, si è deciso di non dettagliare le domande, differenziando le riforme e gli investimenti interessati dalla Missione 6 Salute, di seguito elencati:

- M6C1-1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona;
- M6C1-1.2.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Implementazione delle Centrali Operative Territoriali;
- M6C1-1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina - COT - interconnessione aziendale;
- M6C1-1.2.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina - COT-DEVICE;
- M6C1-1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità;
- M6C1-1.1 2- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi apparecchiature;
- M6C1-1.1.1. - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA I e II livello;
- M6C2-1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Nuovi progetti;
- M6C2-1.3.1 b Adozione e utilizzo del fascicolo sanitario elettronico;





- M6C2-1.3.2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Nuovi flussi informativi nazionali;
- M6C2-2.2 (a) - Sviluppo delle competenze professionali, digitali e manageriali del personale - Borse di studio aggiuntive in formazione di medicina generale;
- M6C2-2.2 (b) - Sviluppo delle competenze professionali, digitali e manageriali del personale - Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Le domande del questionario, ciò nonostante, sono dirette a sondare l'organizzazione del sistema dei controlli interni con riferimento a *tutti* i processi interessati dalla Missione 6 Salute.

Pertanto, ove il compilatore ritenga di differenziare la risposta in base a taluni investimenti particolari, potrà farlo, tanto nella check-list guidata (avvalendosi del campo note per indicare l'investimento specifico), quanto nella sezione a compilazione aperta. Viceversa, là dove non si specifichi che la risposta fornita attenga a un investimento puntualmente determinato, la stessa sarà ritenuta esplicativa delle procedure di controllo adottate in relazione a tutti gli investimenti non incompatibili con la singola domanda posta.

Infine, si specifica che è interesse dell'Organismo ottenere informazioni circa i flussi informativi che avvengano con le *Agenzie di Tutela della Salute (ATS)*, nello svolgimento del ruolo di controllo istituzionale che compete alle stesse.

A tal fine, si invita il compilatore a utilizzare il campo *ad hoc*, a risposta aperta, inserito al termine del questionario sotto la voce "*Richiesta specifica*", attraverso cui si chiede, per ciascun obbligo in relazione al quale si ritenga di poter fornire informazioni utili in tal senso, di dettagliare le modalità di relazione e di coinvolgimento delle ATS.



Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R.

**Missione 5 – Inclusione e Coesione,  
Componente 1 – Politiche per il lavoro  
Riforma 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione”**

**Obbligo 1** – Il soggetto attuatore assicura l’adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell’articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione dei conflitti di interessi.

**Riferimento all’Accordo ai sensi dell’art. 5, co. 6, del D.Lgs. 50/2016 per la realizzazione della riforma ALMP’s e formazione professionale: art. 5, co. 1, lett. b) iii e lett. r)**

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Aggiornamento del Piano anticorruzione dell’Ente con la mappatura dei processi in cui sono gestite risorse finanziarie del PNRR/PNC; Previsione di specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode come previsto dal PNA e dalla normativa vigente.

**Riferimento alle Linee guida allegate alla Circolare Ministero dell’Economia e finanze – 11 agosto 2022 – n. 30 di seguito “Linee Guida” – par. 3.2.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono implementate adeguate politiche di integrità etica, modelli organizzativi e regole di condotta del personale, prevenzione del conflitto di interessi del personale che opera nelle aree più a rischio, meccanismi di rotazione e di separazione delle funzioni ecc.?				
Sono state previste specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR?				
Verrà effettuata la mappatura dei rischi in vista della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026? Indicare nelle note per quali processi				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 2** – Il soggetto attuatore assicura l'adozione di misure adeguate in materia di frodi, corruzione, recupero e restituzione dei fondi indebitamente assegnati.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. b) iii e lett. r)

**Funzione di controllo: antiriciclaggio / prevenzione della corruzione/controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** verifica del titolare effettivo tramite interrogazione di sistemi informatici, archivi o banche di dati, informazioni e documenti utili ad incrociare le informazioni contenute nelle DSAN (per il conflitto di interessi) e/o nelle altre forme previste (titolarità effettiva) al fine di verificarne la veridicità e la correttezza.

Le linee guida prevedono a carico dei soggetti attuatori i seguenti obblighi:

- 1) Soggetto Attuatore prima della pubblicazione dell'Avviso/Bando di gara deve:
  - ▪ accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente **l'obbligo, da parte dei soggetti partecipanti, di fornire i dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo;**
  - ▪ accertarsi che il bando di gara per l'aggiudicazione degli appalti, preveda esplicitamente **l'obbligo del rilascio di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi a carico dei partecipanti (e dei titolari effettivi);**
  - ▪ (eventualmente) prevedere nel bando **un apposito format per la comunicazione dei dati necessari** per l'identificazione del titolare effettivo;
  - ▪ (eventualmente) prevedere nel bando **un apposito format di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi** (con contenuti coerenti all'oggetto dell'aggiudicazione e conformi alla normativa vigente).
- 2) nella fase istruttoria delle domande di partecipazione alla gara, prima dell'aggiudicazione dell'appalto, deve essere eseguito il controllo formale al 100% delle dichiarazioni rese dai partecipanti all'Avviso/gara al fine della prevenzione e contrasto ai conflitti di interesse e per la verifica del titolare effettivo.
- 3) Deve essere verificato che tutti i soggetti partecipanti alla procedura d'appalto abbiano fornito i dati necessari per l'identificazione del titolare effettivo e che le comunicazioni in ordine al titolare effettivo siano coerenti con i format (eventuali) predisposti dall'Amministrazione/Stazione appaltante.
- 4) nella fase di stipula del contratto di appalto, prima della sottoscrizione del contratto di appalto con il soggetto aggiudicatario/contraente – oltre ai prescritti controlli previsti dal d.lgs. 50/2016, effettuino controlli specifici sulle dichiarazioni rese dal medesimo soggetto.  
In particolare, devono individuare il "titolare effettivo" dell'aggiudicatario/contraente e adottare misure ragionevoli per verificarne l'identità, in modo che il soggetto obbligato sia certo di sapere chi sia effettivamente la persona fisica per conto della quale è realizzata l'operazione o l'attività. Nel caso di un'entità giuridica, si tratta di individuare la persona fisica (o le persone fisiche) che, possedendo (Criterio dell'assetto societario) o controllando (Criterio del controllo) la suddetta entità, risulta l'effettivo beneficiario dell'operazione o dell'attività. Ciò implica, per le persone giuridiche, i trust, le società, le fondazioni ed istituti giuridici analoghi, l'adozione di misure ragionevoli per comprendere l'assetto proprietario e di controllo. Se non individuato con i due precedenti criteri, il titolare effettivo va individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o di direzione della società.
- 5) Nel caso in cui si faccia ricorso al subappalto (se previsto dall'Avviso/Bando di gara e dal Contratto di appalto), la comunicazione dei dati relativi al titolare effettivo e le relative attività di verifica dovranno essere svolte anche sul soggetto terzo (subappaltatore) cui l'appaltatore affida in tutto o in parte, l'esecuzione del lavoro ad esso appaltato.

**Linee guida par. 5.1.3.**



	SI	NO	N/A	NOTE
Sono adottate procedure per consentire e agevolare il controllo delle DSAN e del titolare effettivo, come richiesto dalla normativa, sia nella fase della predisposizione dei bandi di gara che nella fase dell'aggiudicazione e stipula del contratto d'appalto (e subappalto)?				
È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto ex ante sul titolare effettivo, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?				
È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?				

***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 3** – Il soggetto attuatore garantisce l'assenza del c.d. **doppio finanziamento** ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241;

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. b) iii, lett. b) iv e lett. c) iv

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Verifica che non ci sia una duplicazione del finanziamento degli stessi costi da parte del dispositivo e degli altri programmi dell'Unione Europea, nonché con risorse ordinarie da Bilancio statale. Vedasi la **Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato** presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il DPCM 15 settembre 2021 definisce le prime modalità, tempistiche e indicazioni sugli strumenti per la rilevazione dei dati per la fase di attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativa a ciascun progetto finanziato nell'ambito del PNRR.

In conformità all'art. 3 i soggetti attuatori sono tenuti alla rilevazione dei dati dei progetti finanziati e, in particolare, degli elementi anagrafici e identificativi, della localizzazione, dei soggetti correlati al progetto, delle informazioni inerenti alle procedure di affidamento di lavori, acquisto di beni e realizzazione di servizi, dei costi previsionali e delle relative voci di spesa, degli avanzamenti fisici, procedurali e finanziari, della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria, nonché dell'avanzamento dei milestone e target collegati.

In particolare, con gli artt. 5 e 6 vengono specificate le principali indicazioni di carattere operativo volte al monitoraggio e alla tracciabilità dei finanziamenti nonché alla definizione del set informativo dei singoli progetti, ovvero del set minimo di dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale da raccogliere, conservare e trasmettere.

**Linee Guida**

**Circolare n. 33 del 31.12.2021**

**DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono poste in essere procedure per prevenire il doppio finanziamento pubblico degli interventi?				
È prevista negli atti di rendicontazione del progetto una dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese?				
È prevista una verifica all'interno dei documenti giustificativi di spesa emessi dai fornitori (fatture) degli elementi necessari a garantire l'esatta riconducibilità delle spese del progetto finanziato?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 4** – Il Soggetto attuatore adotta proprie procedure interne, assicurando la conformità ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. e), lett. h), lett. i), lett. j), lett. k) e lett. x)

**Funzione di controllo: controllo di regolarità amministrativo-contabile / compliance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Con riferimento al Piano italiano, le procedure previste per l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interessi e per evitare i casi di doppio finanziamento, unitamente al processo di verifica/implementazione delle categorie di dati a sistema, devono fornire una risposta proporzionata e adeguata alle situazioni specifiche relative all'erogazione dei fondi, combinando misure già presenti a legislazione vigente con procedure specificamente previste per il PNRR, in una logica unitaria e volta a creare un sistema di controllo efficace, efficiente e strutturato nonché capace di garantire un corretto utilizzo dei fondi Next Generation EU destinati al Piano Nazionale di Ripresa Resilienza Italia (PNRR) ai sensi di quanto disposto dal più volte citato art. 22 del Reg. (UE) 2021/24.

**Circolare RGS n. 9 del 10.02.2022 - ISTRUZIONI TECNICHE PER LA REDAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE E CONTROLLO DELLE AMMINISTRAZIONI CENTRALI TITOLARI DI INTERVENTI DEL PNRR  
DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono state prese in considerazione le procedure indicate nella manualistica predisposta dalla Ragioneria Generale dello Stato con Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022 riferite ai Soggetti Attuatori (SiGeCo)				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 5** – Il soggetto attuatore garantisce il rispetto dell’obbligo di richiesta e indicazione del Codice Unico di Progetto (CUP) su tutti gli atti amministrativi e contabili;

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. p)

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo – contabile / controllo strategico e di gestione**

**Principali indicazioni ministeriali:** Gli atti amministrativi dei soggetti attuatori devono contenere per ciascun progetto PNRR a pena di nullità, il relativo codice unico di progetto CUP. Il CUP va indicato obbligatoriamente in tutti i documenti giustificativi di spesa e pagamento. Le amministrazioni assicurano la completa tracciabilità delle operazioni attraverso conti correnti dedicati o codificazione contabile adeguata

L’art. 2 del DPCM 15 settembre 2021 prevede che le amministrazioni titolari/soggetti attuatori degli interventi sono tenute a garantire che i progetti siano sempre corredati, ai fini dell’ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del CUP di cui all’articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, inclusa la fattura elettronica, gli ordini di impegno e di pagamento.

**Linee guida par. 3.1; 5.2.2**

**DPCM 15/09/2021**

	SI	NO	N/A	NOTE
È prevista la verifica che sui titoli di spesa sia riportata l’indicazione del CUP del progetto?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 6** – Il soggetto attuatore assicura il rispetto del **principio di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali (DNSH)**, ai sensi dell'articolo 17 del Reg. (UE) 2020/852, e delle indicazioni in relazione ai principi orizzontali di cui all'articolo 5 del Reg. (UE) 2021/241;

**Riferimento all'Accordo: art. 5, co. 1, lett. f)**

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Esplicitare gli elementi essenziali necessari all'assolvimento del DNSH nei decreti di finanziamento e negli specifici documenti tecnici di gara; inserire nelle specifiche tecniche per l'applicazione progettuale delle prescrizioni finalizzate al rispetto del principio DNSH; nelle fasi della rendicontazione delle spese e dei milestone, attestare il rispetto delle condizioni collegate al rispetto del principio; acquisire le relative autodichiarazioni.

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Nella fase di predisposizione ed approvazione di un Avviso/Bando di gara viene verificato che negli atti e nei documenti della procedura (es. bando e relativi documenti tecnici e amministrativi) siano indicati gli elementi e le prescrizioni/obblighi per il soggetto realizzatore, degli eventuali ulteriori obblighi derivanti da quanto indicato negli Atti Programmatici della Misura in riferimento al CID (Council Implementing Decision) ed all'OA (Operational Arrangements) e, ove richiesto dal CID e dagli OA, siano inseriti una esplicita esclusione delle attività non conformi alla normativa ambientale dell'UE e nazionale e l'acquisizione di eventuali attestazioni che certifichino il rispetto del principio DNSH?				
Le procedure adottate garantiscono l'applicazione del principio DNSH così come dettagliate nelle check list allegate alla circolare del 13 ottobre 2022, n. 33 (aggiornamento delle guide operative di cui alla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 32 del 30 dicembre 2021)?				
Viene verificato che nei documenti contrattuali sia indicato tra gli obblighi del soggetto realizzatore il rispetto dei requisiti del DNSH richiamati dalla programmazione di dettaglio e dagli atti programmatici?				
Nella fase contrattuale vengono verificate le eventuali attestazioni acquisite dal soggetto realizzatore in fase di aggiudicazione?				
Nella fase di esecuzione dei contratti d'appalto in occasione della presentazione dei SAL vengono effettuate verifiche sugli obblighi assunti in sede di contratto di appalto, relativamente al rispetto del principio DNSH?				
Le check list con la sintesi dei controlli sono utilizzate anche per quegli interventi già avviati prima				





dell'approvazione del PNRR (i cd. "progetti in essere"), al fine di verificare la sussistenza di quegli elementi tassonomici che rendono un intervento conforme al principio DNSH e pertanto ammissibile nella rendicontazione connessa con il Piano?				
---	--	--	--	--

***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 7** – Il Soggetto Attuatore in attuazione di quanto previsto dall’art. 9 del decreto legge del 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge del 29 luglio 2021 n. 108 assume nella fase di attuazione del progetto di propria responsabilità obblighi specifici un tema di controllo del rispetto del Cronoprogramma di Misura, delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alla Misure (investimenti/riforme) PNRR, in particolare del contributo che i progetti devono assicurare per il conseguimento del Target associato alla misura di riferimento, del contributo all’indicatore comune e ai principi trasversali PNRR.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. b) ii

<b>Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / compliance.</b>
<b>Principali indicazioni ministeriali:</b> Per quanto concerne il rispetto degli indicatori comuni, vedasi la Circolare del Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato n. 34 del 17.10.2022, con le allegate Linee Guida metodologiche per la rendicontazione e la trasmissione degli indicatori comuni.
<b>Linee guida par. 5</b>

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene verificato che nei documenti sia indicato tra gli obblighi del soggetto attuatore il rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi agli investimenti/riforme di interesse (il contributo programmato all’indicatore comune e, se pertinente, il contributo ai tagging ambientali e digitale)?				
Per quanto concerne il rispetto degli indicatori comuni, sono state previste modalità di conteggio, secondo stock o secondo flow (secondo le indicazioni della citata circolare) in modo da rendicontare il conseguimento degli indicatori comuni di interesse per la Missione?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 8** – il Soggetto Attuatore in attuazione di quanto previsto dall’art. 9 del decreto legge del 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge del 29 luglio 2021 n. 108 si obbliga a rispettare i principi trasversali previsti per il PNRR dalla normativa nazionale e comunitaria, con particolare riguardo alla valorizzazione dei giovani, alla tutela dei diversamente abili, alla parità di genere e alla riduzione dei divari territoriali.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. g)

<b>Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.</b>
<b>Principali indicazioni ministeriali:</b> Si vedano le Linee Guida per favorire le parti opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR (DPCM 7 dicembre 2021).
<b>Linee Guida DPCM 7 dicembre 2021</b>

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene osservato l’obbligo del rispetto dei principi trasversali (valorizzazione dei giovani, tutela dei diversamente abili, parità di genere e riduzione dei divari territoriali)?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 9** – Il Soggetto attuatore garantisce l'avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto.

**Riferimento all'Accordo: art. 5, co. 1, lett. l) e lett. z)**

**Funzione di controllo: Controllo Strategico e di Gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Il soggetto attuatore deve controllare il rispetto delle condizionalità PNRR verificando la tempistica di realizzazione delle attività progettuali riferite ai target e milestone di progetto/intervento ed inserite negli obblighi del soggetto realizzatore.

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
È prevista la verifica della tempistica di realizzazione delle attività indicata dal bando?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 10** – Il Soggetto attuatore garantisce, nel caso in cui si faccia ricorso alle procedure di appalto, il rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. m)

**Funzione di controllo: Compliance / Controllo di regolarità amministrativo – contabile.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono adottate check-list di autocontrollo (cfr. anche All. 8, <i>Check list versione informatizzata</i> del PNA 2022) in merito al rispetto delle procedure previste dal dlgs 50/2016?				
È prevista apposita attestazione che certifichi lo svolgimento e l'esito regolare delle attività di verifica svolte?				
È previsto un presidio di controllo circa l'applicazione delle linee guida T&T, di cui alla D.G.R. XI/6605 del 30.06.2022?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 11** – Il Soggetto Attuatore assume, nella fase di attuazione del progetto di propria responsabilità, obblighi specifici in tema di rendicontazione. Nello specifico si impegna a rendicontare le spese sostenute, ovvero i costi maturati in caso di utilizzo di opzioni semplificate dei costi, attraverso idonee domande di rimborso secondo le tempistiche stabilite, attestare il corretto svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo contabile, attestare il rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi alla misura, dei principi Trasversali, attestare l'assenza del doppio finanziamento sulle spese esposte a rendiconto.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. c)

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

Principali indicazioni ministeriali: il soggetto attuatore è tenuto a rendicontare le spese sostenute o i costi maturati attraverso idonee domande di rimborso; attestare il corretto svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo-contabile; attestare il rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi alla misura, del principio del DNSH; attestare l'assenza del doppio finanziamento.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono adottate check-list di controllo che attestino la verifica delle spese sostenute secondo le indicazioni delle linee guida?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 12** – Il Soggetto attuatore adotta il **sistema informatico ReGiS**, finalizzato a raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l’audit, secondo quanto previsto dall’articolo 22 paragrafo 2 lettera d) del Regolamento (UE) 2021/241.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. bb) e dd)

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** L’attività di rendicontazione deve essere registrata sul sistema informativo utilizzato dall’amministrazione centrale o sul sistema informativo Regis, in conformità con le procedure previste all’interno dei Sistemi di gestione e controllo delle singole amministrazioni centrali titolari di misure PNRR

**Linee guida par. 5**

	SI	NO	N/A	NOTE
Il sistema informativo adottato per raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l’audit è quello utilizzato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				
Sono stati indicati i referenti responsabili della corretta alimentazione del Sistema informativo ReGiS?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 13** – Il Soggetto attuatore carica sul sistema informativo di cui al precedente punto i dati e la documentazione utile all'esecuzione dei controlli preliminari di conformità normativa sulle procedure di aggiudicazione da parte dell'Ufficio competente.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. bb) e lett. cc)

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** il soggetto attuatore è tenuto a garantire idonea registrazione sul sistema informativo di tutti i dati e le informazioni minime in merito ai progetti.

Nello specifico il soggetto attuatore è tenuto a garantire con tempestività, continuità ed efficacia:

- la registrazione dei dati e delle informazioni relativi alle spese da rendicontare;
- la registrazione tramite le funzionalità del sistema informativo ReGIS dell'attestazione dell'esito regolare delle verifiche svolte su tutte le spese (e relative procedure ad esse collegate) esposte a rendicontazione ed inserite nel "Rendiconto di Progetto" ossia verifiche ordinarie amministrativo-contabili, verifiche sul rispetto delle condizionalità e degli ulteriori requisiti connessi alla misura, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR, verifiche in ordine al titolare effettivo (su appaltatore ed eventuale subappaltatore), nonché verifiche sull'assenza di conflitto di interessi e doppio finanziamento.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
È istituita una funzione preposta alla rilevazione continua, costante e tempestiva dei dati dei progetti finanziati, delle informazioni inerenti alle procedure di affidamento, degli avanzamenti fisici, procedurali e finanziari, nonché della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria?				
Per garantire l'efficace aggiornamento del sistema informativo ReGIS e la possibilità di consultazione di dati e documenti e/o le attività di controllo nel corso delle attività è previsto il caricamento tempestivo e continuativo dei dati, delle informazioni e dei relativi documenti nelle rispettive sezioni dell'applicativo anche preliminarmente alla rendicontazione delle spese e del Rendiconto di Progetto?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:





**Obbligo 14** – Il Soggetto attuatore garantisce la correttezza, l’affidabilità e la congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell’intervento, quantificati in base agli stessi indicatori adottati per i milestone e i target della misura e ne assicura l’inserimento nel sistema informatico e gestionale adottato.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. c) ii, lett. c) iv e lett. q)

<b>Funzione di controllo: controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance</b>
<b>Principali indicazioni ministeriali:</b> L’attestazione delle verifiche svolte in fase di rendicontazione delle spese viene effettuata sul sistema ReGIS apponendo specifico flag informatico in apposita sezione. In corrispondenza di ciascun flag occorrerà allegare idonea documentazione probatoria del controllo svolto (es: check list, attestazioni, etc.) che dovrà essere elaborata dalle Amministrazioni titolari di Misure PNRR in ragione delle peculiarità e specificità di ciascuna riforma/investimento nonché ogni altra documentazione da queste ritenuta necessaria (specie in relazione al rispetto delle condizionalità/requisiti PNRR). Con riferimento specifico alla verifica sul rispetto del principio DNSH (trasversale e comune a tutti gli interventi) si precisa che, laddove lo stesso costituisca anche un requisito esplicito dell’intervento espressamente indicato nelle condizionalità di cui all’Annex alla CID e agli Operational Arrangements, sarà necessario allegare attestazione di verifica di tutti gli elementi di controllo delle checklist utilizzate con indicazione della documentazione probatoria.
<b>Linee guida par. 5.3.</b>

	SI	NO	N/A	NOTE
È istituito un presidio finalizzato alla verifica della correttezza, affidabilità e congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell’intervento?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 15** – Il Soggetto Attuatore garantisce la conservazione della documentazione progettuale, delle procedure di monitoraggio, rendicontazione e controllo e della relativa documentazione giustificativa in fascicoli informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni - nel rispetto di quanto previsto all’art. 9 punto 4 del decreto legge 77 del 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108/2021 - che, nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, dovranno essere messi prontamente a disposizione su richiesta dell’Amministrazione centrale titolare di intervento PNRR, del Servizio centrale per il PNRR, dell’Unità di Audit, della Commissione europea, dell’OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali e autorizzare la Commissione, l’OLAF, la Corte dei conti e l’EPPO a esercitare i diritti di cui all’articolo 129, paragrafo 1, del Regolamento finanziario (UE; EURATOM) 1046/2018. Garantisce in particolare la disponibilità dei documenti relativi a Traguardi e Obiettivi nonché dei giustificativi relativi alle spese sostenute così come previsto ai sensi dell’articolo 9 punto 4 del decreto legge n. 77 del 31/05/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108/2021.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. s) e lett. t)

**Funzione di controllo: Controllo Operativo / Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Le istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo tra le principali competenze dei soggetti attuatori prevedono la conservazione e tenuta documentale di tutti gli atti e i documenti connessi all’attuazione dell’intervento e all’avanzamento relativo agli indicatori di output di particolare interesse al PNRR eventualmente associati al progetto approvato.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono individuate le modalità di conservazione della documentazione progettuale in fascicoli informatici?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 16** – Il soggetto attuatore effettua i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle all'Amministrazione Centrale titolare dell'intervento.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. b) i e lett. c) ii

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile**

**Principali indicazioni ministeriali:** Il soggetto attuatore in tutte le fasi di esecuzione delle attività deve effettuare i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla normativa vigente prima della rendicontazione delle spese all'amministrazione titolare della Misura. In particolare, deve svolgere la verifica della presenza sui giustificativi di spesa degli elementi obbligatori di tracciabilità previsti dalla normativa vigente e degli elementi necessari a garantire l'esatta riconducibilità delle spese al progetto finanziato (CUP, CIG, riferimento al titolo dell'intervento e al finanziamento da parte della UE e all'iniziativa Next Generation EU, ecc.)

Nell'ambito dell'ordinario controllo amministrativo-contabile previsto dalla normativa vigente, rientra anche il controllo di linea interno, volto ad assicurare la corretta esecuzione dei processi di cui è responsabile il dirigente, che deve essere adattato alle procedure PNRR, a titolo esemplificativo mediante la definizione di apposite check list per facilitare l'assolvimento delle varie operazioni.

**Linee guida par. 5.3**

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene verificato che su tutti gli atti, i contratti e i provvedimenti di spesa adottati per l'attuazione degli interventi del PNRR sono effettuati i controlli ordinari di legalità e i controlli amministrativo contabili per garantire la correttezza, la conformità, la legittimità, la tracciabilità e l'ammissibilità delle spese da rendicontare?				
Nell'ambito degli ordinari controlli amministrativo-contabile, si prevede di avviare delle verifiche formali - e in quale percentuale - sulla documentazione amministrativa tecnica e contabile dell'avanzamento delle spese di target e milestone inserita nel sistema informatico?				
Si prevede di effettuare, una volta avviati concretamente i progetti dal punto di vista materiale e finanziario, anche delle verifiche amministrative on desk e in loco, a campione?				
Nel caso di cui al punto precedente si prevede di predisporre una apposita check list che possa costituire un utile documento comprovante il controllo?				
è effettuata una verifica in tal senso prima della rendicontazione in ReGis/all'Amministrazione centrale?				



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

***Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:***

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 17** – Il Soggetto attuatore **inoltra le richieste di pagamento al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute** - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi – e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento, e i pertinenti documenti giustificativi secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. c) e art. 7, co. 4

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** Le domande di rimborso sono presentate in conformità con i sistemi di gestione e controllo dell'amministrazione centrale titolare della misura. Sono corredate dal rendiconto delle spese sostenute e dalle attestazioni circa il corretto svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo contabile; verifiche ex ante conflitto di interessi; rispetto delle condizionalità PNRR, ulteriori requisiti PNRR; principi trasversali e del principio del DNSH; attestazione di assenza del doppio finanziamento.

**Linee guida par. 5.3.**

	SI	NO	N/A	NOTE
È prevista una procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento conforme alle indicazioni ministeriali? Se sì, dettagliarla brevemente nel campo note				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 18** – Il Soggetto attuatore assicurare la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse del PNRR secondo le indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle finanze e nel rispetto della normativa vigente.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. p)

**Funzione di controllo: controllo strategico e di gestione / Valutazione della Performance.**

**Principali indicazioni ministeriali:** In base a quanto stabilito dall'art. 9 del decreto-legge n. 77/2021, le amministrazioni pubbliche attuatrici assicurano la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una apposita codificazione contabile, conservando inoltre tutti gli atti e la relativa documentazione giustificativa su supporti informatici adeguati e rendendoli disponibili per le attività di controllo e di audit.

**Linee guida par. 5.3.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Le procedure adottate garantiscono l'adozione di una codificazione contabile adeguata ai fini dell'ammissibilità delle spese?				
È effettuata una verifica in tal senso prima della rendicontazione in ReGis/all'Amministrazione centrale?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 19** – Le parti si obbligano infine a adempiere agli obblighi di informazione, comunicazione e pubblicità di cui all’articolo 34 paragrafo 2 del Regolamento (UE) 241/2021 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, In particolare indicheranno nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell’ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell’Unione europea e all’iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase “finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU”), e riportando nella documentazione progettuale il relativo emblema dell’Unione europea. Inoltre, come stabilito dalle Istruzioni tecniche per la selezione dei progetti PNRR (par. 3.4.1) allegate alla Circolare MEF n. 21 del 14 ottobre 2021, accanto all’emblema dell’Unione riporteranno i loghi del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, dell’ANPAL e del Programma GOL e, nel caso dei Soggetti attuatori, della propria Amministrazione regionale/provinciale. Forniranno un’adeguata diffusione e promozione del progetto, anche online, sia web che social, in linea con quanto previsto dalla Strategia di Comunicazione del PNRR, in corso di adozione da parte della all’Amministrazione centrale titolare. A tal fine provvederanno al tempestivo invio dei relativi materiali all’Amministrazione centrale titolare di interventi PNRR, affinché quest’ultima possa assicurarne senza ritardi la diffusione anche sulla sezione dedicata al PNRR predisposta sul sito del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

**Riferimento all’Accordo:** art. 6, co. 6

**Funzione di controllo: Controllo di regolarità amministrativo - contabile / controllo strategico e di gestione.**

**Principali indicazioni ministeriali:** I soggetti attuatori a vario titolo coinvolti nel processo di attuazione del PNRR e dei relativi progetti dovranno:

- mostrare correttamente e in modo visibile in tutte le attività di comunicazione a livello di progetto l’emblema dell’UE con un’appropriata dichiarazione di finanziamento che reciti “finanziato dall’Unione europea - NextGenerationEU”.
- garantire che i destinatari finali del finanziamento dell’Unione nell’ambito del PNRR riconoscano l’origine e assicurino la visibilità del finanziamento dell’Unione (inserimento di specifico riferimento al fatto che l’avviso è finanziato dal PNRR, compreso il riferimento alla Missione Componente ed investimento o sub-investimento)
- quando viene mostrato in associazione con un altro logo, l’emblema dell’Unione europea (cfr. FOCUS) deve essere mostrato almeno con lo stesso risalto e visibilità degli altri loghi. L’emblema deve rimanere distinto e separato e non può essere modificato con l’aggiunta di altri segni visivi, marchi o testi. Oltre all’emblema, nessun’altra identità visiva o logo può essere utilizzata per evidenziare il sostegno dell’UE.

	SI	NO	N/A	NOTE
Le procedure garantiscono il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall’articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 20** – Il Soggetto attuatore si impegna ad inviare un organigramma, secondo format già in uso, ove compatibili, nei vigenti SiGeCo dei fondi strutturali.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. d)

	SI	NO	N/A	NOTE
È stato predisposto l'Organigramma previsto nell'Accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				
È stato inviato l'Organigramma previsto nell'Accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:





**Obbligo 21** – Il Soggetto attuatore si impegna a favorire l'accesso, anche mediante sistemi di partecipazione da remoto o virtuali, all'Amministrazione centrale titolare degli interventi per l'esecuzione delle verifiche in itinere di competenza sul conseguimento dei Traguardi e degli Obiettivi.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. u)

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene favorito l'accesso come previsto nell'Accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 22** – Il Soggetto attuatore si impegna ad inoltrare le Richieste di trasferimento delle risorse all'Amministrazione centrale.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. v)

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono inoltrate le Richieste di trasferimento delle risorse come previsto nell'Accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 24** – Il Soggetto attuatore si impegna a predisporre i pagamenti ai Soggetti esecutori effettuando le verifiche in uso nell’ambito della gestione dei programmi dei fondi strutturali, inserendo nel sistema informatico i relativi documenti riferiti alle procedure e i giustificativi di spesa e pagamento necessari, ove applicabili, ai controlli ordinari di legalità e ai controlli amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile, nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 22 del Reg. (UE) n. 2021/241 e dell’art. 9 del decreto legge n. 77 del 31/05/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108/2021, nonché nel rispetto della normative e delle circolari richiamate in premessa

**Riferimento all’Accordo: art. 5, co. 1, lett. w)**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono predisposti i pagamenti ai soggetti esecutori?				
Sono effettuate le verifiche in uso nell’ambito della gestione dei programmi dei fondi strutturali?				
Sono inseriti i relativi documenti nel sistema informatico?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 24** – Il Soggetto attuatore si impegna ad inviare almeno due volte l'anno, rispettivamente entro il 31 gennaio ed entro il 31 luglio, previsioni di spesa aggiornate secondo un cronoprogramma riferito all'intera durata del progetto secondo il format previsto nell'Accordo.

**Riferimento all'Accordo:** art. 5, co. 1, lett. y)

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono trasmesse le previsioni di spesa secondo la tempistica prevista?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 25** – Il Soggetto attuatore alimenta il SIU nel rispetto delle modalità indicate dall’ANPAL, assicurando in particolare il rispetto dei meccanismi di verifica stabiliti dagli Operational Arrangements per il conseguimento di Traguardi e Obiettivi.

**Riferimento all’Accordo:** art. 5, co. 1, lett. aa)

	SI	NO	N/A	NOTE
Viene alimentato il SIU così come previsto nell’Accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l’obbligo:



**Obbligo 26** – Il Soggetto attuatore individua eventuali fattori che possano determinare **ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa**, definita nel cronoprogramma relazionando al Ministero titolare dell'intervento.

**Funzione di controllo: Controllo Strategico e di Gestione / Valutazione della Performance**

Il soggetto attuatore nella fase di esecuzione delle attività previste dal contratto d'appalto del progetto deve prevedere in occasione della presentazione di ciascun Sal da parte del soggetto realizzatore, opportune verifiche in merito al rispetto delle tempistiche di realizzazione/avanzamento.

**Linee guida par. 5.2.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Sono previste verifiche in merito a eventuali ritardi derivanti dall'attuazione dell'intervento? Viene data tempestiva informazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali?				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:



**Obbligo 27** – Il Soggetto attuatore svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri **Enti eventualmente delegati** alla attuazione degli interventi per lo svolgimento delle attività di competenza, di verifica tecnica e validazione dei progetti relativi ai singoli interventi.

**Funzione di controllo: prevenzione della corruzione / controllo strategico di gestione.**

	SI	NO	N/A	NOTE
Vengono svolte attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri <b>Enti eventualmente delegati</b> alla attuazione degli interventi per lo svolgimento delle attività di competenza, di verifica tecnica e validazione dei progetti relativi ai singoli interventi				

**Campo a risposta aperta per la Direzione Generale Formazione e Lavoro:**

Indicare Soggetti e Strutture Competenti e dettagliare le procedure poste in essere per presidiare l'obbligo:

**DELIBERAZIONE N. 4 seduta del 5 giugno 2023**

**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
Umberto Fantigrossi	- Componente
Emanuele Prospero	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano, Marcello Crivellini

**OGGETTO: Approvazione della Relazione dell'obiettivo 10 del Piano Annuale ORAC 2023 avente ad oggetto la Pianificazione delle attività relativamente alla Rete di Audit Interno - Aggiornamento Mappatura Rete IA.**

L'atto si compone di n. 31 pagine di cui n. 29 pagine allegate quale parte integrante



**UDITI** i componenti del gruppo di lavoro che hanno presentato la relazione dell'Obiettivo n.10 del Piano di Attività 2023 di Orac *“Attività relative alla Rete di Internal Auditing - Aggiornamento Mappatura Rete IA”*;

**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 *“Attività relative alla Rete di Internal Auditing - Aggiornamento Mappatura Rete IA”*, 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.



**Regione Lombardia**

**ATTIVITA' RELATIVE ALLA RETE DI INTERNAL AUDITING -  
AGGIORNAMENTO MAPPATURA RETE IA**

## Sommario

### **1. Premessa e obiettivo del Piano delle Attività**

### **2. Contenuti dell'indagine e metodologia di analisi**

### **3. Enti del Sistema Sanitario Regionale**

#### 3.1 Collocazione, struttura e dotazione organica delle funzioni IA del SSR

##### 3.1.1 Premessa

##### 3.1.2 Collocazione Organizzativa

##### 3.1.3 Cumulabilità funzioni

##### 3.1.4 Dotazione organica, composizione team di lavoro e tempo dedicato attività di IA

#### 3.2 Formazione RETE IA

#### 3.3 Cambiamenti organizzativi della funzione IA nell'ultimo biennio e raccordo con altre funzioni di controllo interne o esterne all'Azienda

#### 3.4 Risk Assessment e numerosità audit svolti

#### 3.5 Difficoltà operative nello svolgimento interventi di audit, punti di debolezza funzione IA e note di miglioramento della funzione

### **4. Gli altri Enti del SIREG**

#### 4.1 Enti Dipendenti: Arpa – Ersaf - Polis

#### 4.2 Società a totale partecipazione: Finlombarda S.p.A. - Aria S.p.A.

#### 4.3 Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER)

#### 4.4 Punti di debolezza della funzione IA evidenziati dai RIA e proposte migliorative per gli altri Enti del Sireg

### **5. Considerazioni conclusive e raccomandazioni**



## **Ob. 10 PdA 2023 Orac – Attività relative alla Rete di Internal Auditing - Aggiornamento Mappatura Rete IA**

### **1. Premessa e obiettivo del Piano delle Attività**

La legge regionale n. 13 del 28.09.2018, istitutiva dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), all'art. 3, elenca le funzioni che l'Organismo è chiamato a svolgere. Tra queste, il comma 1 lettera h) prevede che ORAC coordini *"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 [...], garantendone l'indipendenza e la terzietà e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati"*.

Fin dalla sua istituzione, ORAC, in stretto raccordo con la Funzione Audit Regionale, ha svolto tale attività e ha conseguentemente acquisito una conoscenza approfondita della Rete Regionale di Internal Auditing. Tali informazioni sono state acquisite: da un lato, con la mappatura della Rete IA, mediante questionario sottoposto, nel maggio 2020, ai Responsabili Internal Audit; dall'altro con il metodo dell'ascolto diretto, attraverso un ciclo di incontri con i RIA avviato nel quarto trimestre 2021 (con gli Enti sanitari e le Aler) e completato nel primo trimestre del 2022 (con Enti dipendenti e Società totalmente partecipate). Tali incontri sono stati organizzati in collaborazione con la Funzione Audit Regionale.

Gli incontri con i RIA, oltre ad essere stata l'occasione per la presentazione dei risultati relativi al documento *"Rete degli uffici di internal auditing: mappatura e prime indicazioni"*, di cui alla Delibera ORAC n. 15 del 7 dicembre 2020, ha rappresentato un proficuo momento di confronto e condivisione di esperienze, quale stimolo per l'individuazione di buone pratiche finalizzate al miglioramento degli strumenti organizzativi e metodologici, volti al rafforzamento del proprio ruolo.

Nel corso del primo semestre 2022, inoltre, ORAC ha preso parte al *"Percorso formativo a supporto della rete regionale di Internal Auditing"* - organizzato da PoliS Lombardia, con la collaborazione della Funzione Audit Regionale - realizzato nei mesi di aprile-maggio 2022 e articolato in 4 sessioni a cui hanno partecipato, quali destinatari, i responsabili e/o collaboratori della funzione IA degli Enti Sanitari, delle Aler, degli Enti dipendenti e delle Società in house. Tale evento formativo ha rappresentato un'ottima occasione di condivisione e riflessione tra i partecipanti - RIA, ORAC e Funzione IA Regionale - riguardo all'applicabilità concreta degli elementi metodologici, esposti nell'ambito del percorso formativo, nonché sui limiti e le esigenze ravvisate dai RIA nell'esercizio delle proprie funzioni.

La collaborazione, riguardo alla formazione, è proseguita nel 2023 ed è stato organizzato un nuovo percorso formativo nel 2023, anch'esso di 4 giornate, in svolgimento nel mese di giugno.

Alla luce dell'esperienza e della conoscenza della Rete IA, acquisita nel triennio 2020-2022, l'Organismo ha ritenuto utile ottenere informazioni aggiornate riguardo alla struttura e alle attività svolte dalle funzioni internal audit, così da poter monitorare le evoluzioni intercorse rispetto alla precedente mappatura, anche a seguito dell'emanazione di ulteriori indirizzi formulati dalle Direzioni di riferimento sulla base delle raccomandazioni formulate da ORAC.

In proposito, la Direzione Generale Casa e Housing Sociale e la DG Welfare, in considerazione delle raccomandazioni di cui alla deliberazione ORAC n. 15/2020, hanno formulato delle specifiche indicazioni – rivolte, rispettivamente, alle ALER e agli Enti Sanitari – che hanno integrato/modificato la precedente normativa interna, prevedendo un rafforzamento del ruolo, dell'indipendenza, degli strumenti organizzativi disponibili e rimarcando, altresì, elementi già definiti nelle previgenti regole e che, dalla mappatura ORAC 2020, sono risultati, in alcuni casi, disattesi. Le indicazioni formulate afferiscono, nello specifico, alla collocazione organizzativa, all'adeguatezza delle risorse dedicate all'IA, alla compatibilità dell'incarico di RIA con attività trasversali affini, laddove non sia possibile l'esercizio in via esclusiva. Tali direttive hanno, ad ogni modo, rimarcato l'esclusione della possibilità di cumulo dell'incarico di RIA con attribuzioni di tipo gestionale, che comportino lo svolgimento di attività di primo livello.

I provvedimenti, adottati con deliberazione della Giunta Regionale, sono: (i) la Deliberazione n. XI/5619 del 30.11.2021 "Direttive Regionali alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER) anno 2022"; (ii) la 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; (iii) la Deliberazione n. XI/6387 del 16.05.2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione per l'anno 2022", indirizzata agli enti sanitari.

La presente relazione, pertanto, intende illustrare le risultanze della nuova mappatura delle funzioni IA della rete, che sarà poi oggetto di condivisione con i RIA nel corso degli incontri che verranno definiti nell'annualità 2023.

## **2. Contenuti dell'indagine e metodologia di analisi**

Come già evidenziato, al fine di monitorare i processi di cambiamento della funzione di Internal Audit negli enti del Sistema, è stata effettuata una mappatura aggiornata della Rete IA, richiedendo ai RIA la compilazione di un nuovo questionario. Tale richiesta, con nota congiunta del Presidente di Orac e del Direttore di Funzione Specialistica Audit, è stata trasmessa il 22 settembre 2022.


In particolare, la mappatura 2022 ha interessato le funzioni di Internal Audit di n. 40 enti del Sistema Sanitario Regionale – 8 ATS (Agenzie di Tutela per la Salute), 27 ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali), 4 IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) ed

AREU (Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza) – e n.10 altri enti (5 ALER, Arpa, Ersaf, PoliS-Lombardia, Aria S.p.A., Finlombarda S.p.A.).

Nel presente lavoro si è mantenuto il medesimo perimetro del primo questionario, non ricomprendendo gli Enti facenti parte dell'Allegato 2 del Sireg quali: gli Enti Pubblici (Consorzi di Bonifica e Enti Parco Regionali); Fondazioni istituite dalla Regione, in quanto presentano delle caratteristiche che richiedono delle modalità di analisi differenti rispetto alla survey in esame.

Il questionario, di seguito rappresentato, è articolato in **quattro sezioni** distinte, per un totale di **n. 25 domande**:

- (i) La raccolta informazioni **generali sulla funzione IA** (6 domande);
- (ii) L'indagine sulla **organizzazione del lavoro** (13 domande);
- (iii) L'indagine sulla **modalità di lavoro** (3 domande);
- (iv) L'acquisizione di **note per il miglioramento** della funzione (3 domande).

 <b>Questionario Funzioni Internal Audit del SIREG</b> (aggiornamento settembre 2022) da compilare da parte del Responsabile della Funzione Internal Audit (RIA) dell'Ente	
1	Responsabile Funzione IA (Nome e Cognome)
2	Decorrenza dell'incarico di RIA (data della nomina)
3	Qualifica del RIA (Dirigente di ruolo, Quadro, Funzionario, Collaboratore ecc.)
4	Posizionamento organizzativo del RIA (Ruolo ricoperto all'interno dell'ente)
5	Riporto funzionale alla Direzione Generale (SI/NO)
6	SE NO: Altri Riporti (CdA, Presidenza, ecc.)
<b>2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO</b>	
7	Il RIA dispone di una propria Struttura?
8	La Struttura è esclusivamente dedicata all'Internal Audit? Quali sono le altre competenze in capo alla Struttura?
9	Posizionamento della Struttura IA nell'organigramma aziendale e riporto gerarchico
10	Dotazione organica relativa alle risorse che svolgono l'attività di internal auditing (espressa in frazioni, per le risorse part time)
11	Indicare in termini percentuali (rispetto alle ore/uomo lavorate) il tempo dedicato alle attività di Internal Auditing da parte del RIA
12	Nel caso di utilizzo di risorse non appartenenti alla funzione IA, descrivere la modalità di formazione dei Team di Lavoro e indicare il ruolo aziendale dei partecipanti

13	Quali sono le principali difficoltà ravvisabili nella definizione dei team di lavoro?	
14	Formazione dell'organico dedicato all'audit: specificare se e quanti componenti hanno svolto il corso di formazione organizzato da Regione nel primo semestre 2022	
15	I componenti della Funzione IA, oltre alla formazione erogata da Regione, hanno partecipato ad ulteriori corsi riferiti alle tematiche di auditing negli ultimi due anni? Se sì, quali?	
16	Su quali tematiche, di interesse per lo svolgimento dell'attività di audit, si ritiene possa essere focalizzato il prossimo corso organizzato da Regione?	
17	Nell'ultimo biennio sono intervenuti dei cambiamenti organizzativi nella funzione di Internal Audit, anche alla luce di specifiche Direttive emanate dalla Direzione Regionale di competenza? Se sì, quali?	
18	Sono presenti forme di raccordo con le altre funzioni/organi aventi compiti di controllo interno (SCI)? Se sì, quali?	
19	Sono previste forme di raccordo, anche informali, con i Ria della stessa tipologia della RETE IA SIREG ? Se sì, quali?	
<b>3. MODALITA' DI LAVORO</b>		
20	L'Azienda/Ente dispone di un proprio Risk Assessment per la definizione del Piano Annuale degli interventi di audit? Con che periodicità è aggiornato?	
21	Indicare il numero di audit e/o follow up svolti nel biennio 2020 e 2021	
22	Nello svolgimento delle attività di audit quali sono le principali difficoltà operative riscontrate dal team di audit?	
<b>4. NOTE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA FUNZIONE</b>		
23	Descrivere i punti di debolezza della attuale configurazione aziendale della Funzione di Internal Audit, indicando, possibilmente, delle proposte per il loro superamento	
24	Descrivere i punti di forza della attuale configurazione aziendale della Funzione di Internal Audit	
25	Quali attività e/o iniziative potrebbero essere realizzate da Regione Lombardia (Funzione Audit Regionale, ORAC) per agevolare le attività delle funzioni Internal Audit degli Enti Sireg?	

Nei successivi paragrafi verranno illustrati i risultati di tale indagine in forma aggregata, ma distinta per singolo cluster dedicando i seguenti approfondimenti: Enti del Sistema Sanitario; Enti dipendenti; Società a totale partecipazione; Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (Aler).

### **3. Enti del Sistema Sanitario**

#### **3.1 Collocazione, struttura e dotazione organica delle funzioni IA del SSR**

##### **3.1.1 Premessa**

Base di partenza per la valutazione dei risultati nella nuova mappatura è la comparazione con la prima rilevazione del 2020. Tale mappatura aveva evidenziato una situazione eterogenea riguardo al posizionamento della funzione audit nelle ASST, ATS, IRCCS e in AREU. In particolare, erano state osservate tre differenti modalità di collocazione della funzione nell'organigramma degli enti del sistema:

- (i) in staff alla Direzione Generale;
- (ii) all'interno della Direzione Amministrativa;

(iii) nell'ambito della Direzione Sanitaria (due casi).

La possibilità di collocazione nell'ambito della Direzione Amministrativa era da attribuire alla possibilità concessa dalle "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle ATS, delle ASST e degli IRCCS", di cui alla D.G.R. n. 5113/2016, che ricomprendevano le attività di internal auditing nella definizione di "Sistemi dei Controlli Interni", prevedendone la collocazione della struttura nella Direzione Amministrativa, dando altresì facoltà di collocarla, in staff alla Direzione Generale, in ragione della necessità di assicurare quanto più possibile una posizione di terzietà e indipendenza.

Successivamente erano intervenute delle precisazioni da parte della Direzione Welfare, nell'ambito della c.d. "Delibera delle Regole del Sistema Sanitario per l'esercizio 2019", che sottolineavano l'importanza di assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni della funzione Internal Audit, anche attraverso la collocazione organizzativa, identificando nella Direzione Generale la collocazione "elettiva" dell'Internal Audit e specificando che "se l'organizzazione aziendale ha espresso un diverso posizionamento è comunque fondamentale che la funzioni riporti, in ultima istanza, alla Direzione Generale, stante il suo ruolo di guida e governo al conseguimento di obiettivi".

A conclusione della prima mappatura 2020, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha ritenuto necessario, attraverso la formulazione di apposita raccomandazione, che la Direzione Generale Welfare definisse "ulteriori regole in tema di collocazione organizzativa ottimale della funzione Audit degli Enti sanitari per rafforzare l'attuale configurazione", nonché "obiettivi precisi e prescrittivi in relazione ad uno standard minimo di dotazione della struttura incaricata della funzione audit, in termini quantitativi e di competenze da assicurare".

La Direzione Welfare, pertanto, nel recepire le raccomandazioni formulate da ORAC e da quanto emerso dagli incontri di condivisione tenutisi con la Rete IA, ha ricompreso, nell'ambito delle "Linee guida Regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS)", adottate con delibera XI/6278 del 11.04.2022, precise indicazioni relative alla collocazione della funzione IA, alla possibilità di cumulo di funzioni e alla dotazione organica.

In particolare, è stato definito che "la funzione di Internal Auditing è allocata nella **Direzione Generale** al fine di assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni [...]. Viene confermata la necessità di attuare una netta segregazione con conseguente **esclusione della sovrapposizione** dell'incarico di RIA con lo svolgimento delle **attività di controllo di primo livello** e, in generale, **con incarichi di tipo gestionale**. Con riferimento, inoltre, alla **compatibilità dell'incarico del RIA con quelli trasversali o affini**, ovvero con gli incarichi dell'Anticorruzione, dell'Area Legale (con l'esclusione espressa del contenzioso), della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e del Data Protection Officer si raccomanda di procedere ad una oculata modulazione dell'incarico dei RIA, al fine di assicurare che **l'attività del RIA non assuma un carattere residuale ed ancillare** rispetto ad altre attività prevalenti, con inevitabili conseguenze rispetto all'efficacia della funzione stessa. **Si ritiene "elettivo" il conferimento di un incarico**



**esclusivo**; resta salva la possibilità di cumulo di alcune tra le funzioni ritenute affini, a condizione che il RIA disponga comunque di una **dotazione specifica di risorse interamente dedite all'attività di IA** ed appositamente formate, adeguata a garantire l'assolvimento dei propri compiti".

Riguardo agli ulteriori aspetti di controllo normati dalle nuove Linee Guida POAS, l'Organismo valuta positivamente l'opportunità, ivi prevista, di costituire all'interno degli Enti interessati, un **Comitato di Coordinamento dei Controlli interni**, di norma presieduto dal RPCT e che riporta direttamente al Direttore Generale. Tale Comitato "persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che coinvolga gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali". Viene demandato al singolo Ente di disciplinare la composizione del Comitato (indicativamente Direzione Medica di Presidio, Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie, RPCT, Risk Manager, Internal Auditing, Qualità e Rischio, Controllo di Gestione, Dipartimento e Uffici Amministrativi...), le modalità e gli strumenti (piani di azione, misure correttive, ecc.) con cui viene garantito il funzionamento del Comitato e viene assicurato il raccordo e il coordinamento dei controlli, che si svolge attraverso i rispettivi titolari delle attività.

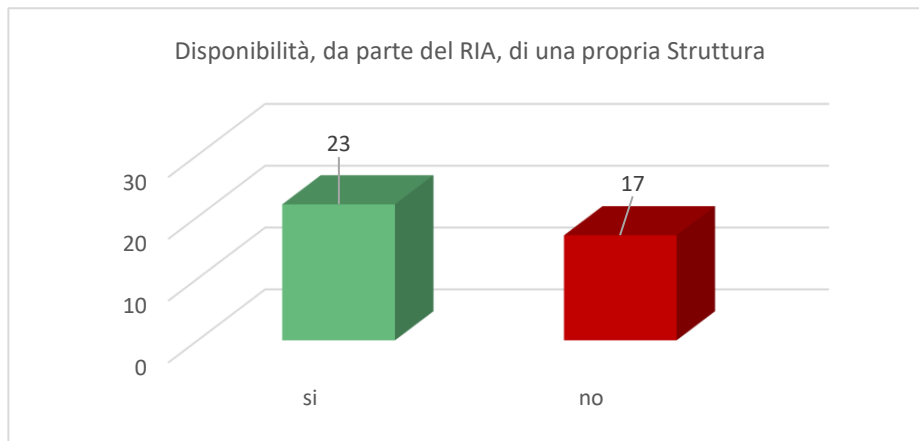
Importante sarà verificare, successivamente, come i singoli Enti sanitari abbiano recepito, nel concreto, le indicazioni contenute nelle Linee Guida sui POAS e l'effettiva funzionalità di tali Comitati in un'ottica di visione e gestione integrata dei rischi e dei controlli.

### **3.1.2 Collocazione organizzativa**

Procedendo con l'analisi delle risposte dei questionari 2022 degli enti sanitari, tutti i RIA, ad eccezione di una ASST, hanno indicato di riportare "**funzionalmente**" al Direttore Generale. Riguardo alla collocazione "**gerarchica**", invece, emerge una situazione analoga a quella del 2020, per cui le funzioni IA risultano in prevalenza o poste in staff alla Direzione Generale o collocate nell'ambito della Direzione Amministrativa, ed in un caso alla Direzione Sanitaria.

Va evidenziato, però, come tale fotografia datata "IV trimestre 2022" sia in evoluzione. Come indicato nei questionari, a seguito delle direttive derivanti dai nuovi POAS approvati o in via di approvazione, sarebbero state effettuate, nel breve termine, delle modifiche organizzative. È possibile, pertanto, che siano intervenute o possano ulteriormente intervenire modifiche alla collocazione organizzativa rispetto alla situazione qui rappresentata.

In analogia a quanto già rilevato nel 2020, non tutti i RIA sono titolari di una struttura propria. Dalla situazione aggiornata il 57,5% dei RIA dispone di una propria struttura autonoma (23 casi su 40 totali), anche se ciò non determina l'esclusività dell'attività, dal momento che tali strutture possono includere più aree di competenza e l'attività di internal audit risulta solo una delle funzioni attribuite alla struttura.



Ne consegue la necessità di esaminare, sia per i RIA titolari di struttura, che non, le competenze attribuite al Responsabile Internal Audit, andando poi a verificare, il tempo dedicato dal RIA all'attività.

### **3.1.3 Cumulabilità funzioni**

Con la domanda del questionario n. 8 è stato richiesto ai RIA di indicare le ulteriori attribuzioni facenti capo alla sua struttura, laddove non sia dedicata esclusivamente all'Internal Audit.

Dai questionari emerge che, **per la pressoché totalità degli Enti, la funzione è collocata nell'ambito di una unità organizzativa che svolge ulteriori attività**. Seppure un'Azienda abbia indicato che la funzione svolge in esclusiva l'attività di IA, dalle domande del questionario risulta che il RIA è responsabile di altre attività e la percentuale di tempo impiegato all'attività IA sua e del collaboratore è parziale, rispettivamente del 10% e del 20%. Laddove, inoltre, non siano state date, nel questionario, specifiche indicazioni a riguardo, sono state prese a riferimento, per la elencazione seguente, le attribuzioni rinvenibili dalla responsabilità organizzativa del RIA.

Non è agevole in termini statistici rappresentare le ulteriori attività svolte, considerato che ciascuna funzione, a cui il RIA fa riferimento, può annoverare più attività. Il dato numerico deve essere, pertanto, letto non in termini assoluti (svolge "solo" quell'altra attività), ma in termini relativi (il RIA, svolge "anche" quella attività). Dalle risposte fornite risulta che le attività svolte in abbinamento con le funzioni di Internal Audit sono:

- 1) Affari Generali e Legali (n.7);
- 2) Affari Legali;
- 3) Affari Legali e delle Assicurazioni;
- 4) Affari Generali;
- 5) Privacy (n. 5). Tale attività risulta generalmente svolta nell'ambito dell'Ufficio Affari Legali o dell'Unità Organizzativa Qualità.
- 6) RPCT (n. 9);
- 7) Controllo di Gestione (n. 10);

- 8) Qualità e Accreditamento;
- 9) Qualità, Accreditamento e Gestione del Rischio clinico;
- 10) Qualità e Risk Management (n. 5);
- 11) Qualità (n. 2);
- 12) Antiriciclaggio;
- 13) Attività nell'ambito della Direzione Amministrativa (n. 4);
- 14) Gestione Acquisti;
- 15) URP (n. 3);
- 16) Controllo atti;
- 17) Attività nell'ambito della Direzione Sanitaria;
- 18) Convenzioni per Tirocini;
- 19) Gestione Relazioni interne ed esterne;
- 20) Comunicazione e URP.

I risultati ottenuti devono essere necessariamente posti in raffronto con quanto previsto dalla citata DGR XI/6278 del 11.04.2022, di approvazione delle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS), nonché dalle altre DGR di programmazione, che elencano le attività individuate "come compatibili".

Va sottolineato come le attività sopra riportate risultano, nella maggioranza dei casi, in linea con quanto stabilito dagli indirizzi della DGR, salvo qualche distinguo.

Permangono, sebbene in via residuale, alcune attività svolte dai RIA che risultano essere gestionali e che non consentono, pertanto, quella adeguata separazione dei ruoli per l'esercizio ottimale dell'attività IA e non risultano in linea con quanto specificato dalle stesse delibere della DGW, ovvero "L'esigenza di assicurare un'adeguata segregazione delle funzioni porta ad escludere la sovrapposizione dell'incarico di RIA con lo svolgimento di attività di primo livello e, in generale, con incarichi di tipo gestionale".

Per le attività non specificatamente rientranti nell'elencazione di attività "compatibili", **ORAC raccomanda** a ciascun Responsabile Internal Audit e alle Direzioni Generali degli Enti di effettuare una valutazione - in coerenza con gli standard professionali IA - riguardo alla indipendenza, obiettività nello svolgimento delle attività di Internal audit. Nelle situazioni in cui tali presupposti non siano garantiti dovranno essere adottati gli opportuni provvedimenti organizzativi assicurando la separazione dei ruoli tra compiti gestionali/operativi di primo livello e attività di controllo.

Nel corso del 2023 ORAC effettuerà un **monitoraggio** in merito, acquisendo aggiornamenti sulle variazioni organizzative intervenute, anche a seguito dell'adozione dei nuovi POAS.

Va evidenziato, ad ogni modo, che anche relativamente alle attività aggiuntive poste in capo al RIA, definite "compatibili" dalla DGR XI/6278 del 11.04.2022, e che esulano dall'internal auditing, devono essere poste in essere opportune misure di tutela atte a limitare i condizionamenti all'indipendenza o all'obiettività.

Le stesse Linee Guida Regionali per l'Adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS), inoltre, rimarcano che **si ritiene "elettivo" il conferimento di un incarico esclusivo al RIA**, facendo salva la possibilità di cumulo di alcune tra le funzioni ritenute affini, a condizione che il Responsabile Internal Audit disponga di una dotazione specifica di risorse interamente dedite all'attività di IA ed appositamente formate, adeguata a garantire l'assolvimento dei propri compiti.

### **3.1.4 Dotazione organica, composizione team di lavoro e tempo dedicato attività di IA**

Relativamente alla qualifica dei RIA, dai dati emerge, in analogia a quanto rappresentato nel 2020, che l'85% dei Responsabili Internal Audit riveste la qualifica Dirigenziale. Riguardo alla numerosità delle unità di personale a disposizione del RIA non è agevole definire l'esatta quantificazione delle risorse, considerato che si possono delineare differenti modalità di organizzazione del lavoro:

- a. Il RIA si avvale della collaborazione di una o più figure individuate nell'ambito della propria struttura. Di norma trattasi di un numero limitato di collaboratori (uno o due) che, nella maggioranza dei casi, dedica una percentuale limitata di tempo all'attività di IA, essendo assegnatari di altre attività nell'ambito della struttura. Ciò non esclude realtà più virtuose, con maggiori collaboratori, ma generalmente sono rinvenibili in quegli enti in cui le attività di IA sono abbinata con quelle della Qualità.
- b. Il RIA dispone di un team di lavoro per lo svolgimento degli incarichi, che può essere definito antecedentemente, o da individuarsi in sede di pianificazione annuale, e/o nel corso dell'anno, sulla base delle specifiche competenze necessarie allo svolgimento degli audit.
- c. Le due modalità indicate non sono alternative e, pertanto, il RIA, durante lo svolgimento degli audit può avvalersi sia di collaboratori interni che di un team di persone appartenente ad altre unità organizzative.

È stato chiesto ai RIA, inoltre, di descrivere come vengono composti i team di lavoro e di indicare il ruolo aziendale dei partecipanti. Circa il 67% dei RIA degli Enti sanitari specifica che i team di lavoro sono composti da risorse afferenti ad altre unità organizzative dell'Azienda. Ciò è conseguenza inevitabile della limitatezza di collaboratori afferenti alla funzione IA. Tale composizione può essere definita a priori da un apposito provvedimento, in cui vengono indicate le risorse esterne che verranno coinvolte, oppure tale individuazione di risorse, con competenze generalmente di taglio tecnico/professionale, viene effettuata di volta in volta, a seconda del procedimento amministrativo/procedura da auditare. Le risorse coinvolte, solitamente, appartengono alle seguenti unità organizzative: Trasparenza e Anticorruzione (con coinvolgimento dello stesso RPCT, laddove la figura non sia ricoperta dallo stesso RIA); Affari Generali e Legali; Gestione Risorse Umane; Controllo di Gestione; Contabilità e Bilancio; Qualità e Risk Management; Ufficio Relazioni con il Pubblico; Servizio di Prevenzione e Protezione; Qualità e personale amministrativo della Direzione Sanitaria; SC Gestione Acquisti, Direzione Medica di Presidio, Sistemi informativi Aziendali, etc..

L'utilizzo della modalità "mista" di organizzazione dei gruppi di audit – con anche risorse provenienti da altre unità organizzative – risulta utile per avere le necessarie competenze per la verifica di processi alquanto complessi, non sempre disponibili internamente, e determina un trasferimento di conoscenze/competenze tra i componenti del gruppo di lavoro, che costituisce un'ottima opportunità di "esperienza sul campo". È importante, in questi gruppi, la presenza di risorse interne alla struttura IA, proprio per consentire l'accrescimento delle competenze e delle professionalità delle risorse della funzione IA.

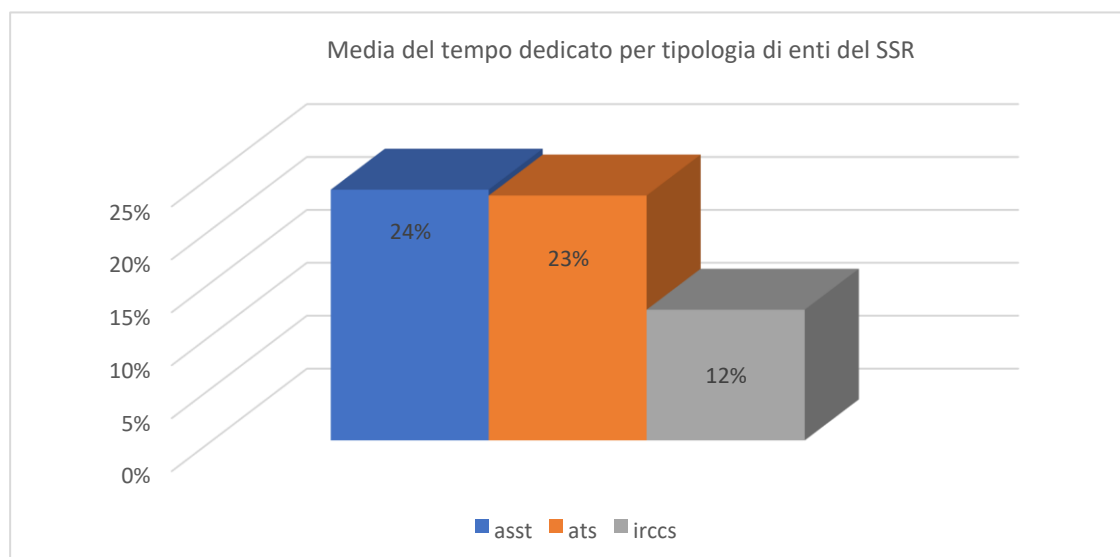
L'Organismo, nell'identificazione dei team di lavoro con personale esterno alla funzione, sottolinea la delicatezza della fase di selezione, considerato che trattasi di risorse operative, per le quali dovrà essere garantito che non siano direttamente coinvolte nelle attività auditate e che non vi siano situazioni che potrebbero compromettere l'obiettività e l'indipendenza del team di audit.

Con il **quesito n. 11** è stato richiesto ai RIA di indicare, in termini percentuali (rispetto alle ore/uomo lavorate), il tempo da loro dedicato alle attività di Internal Auditing.

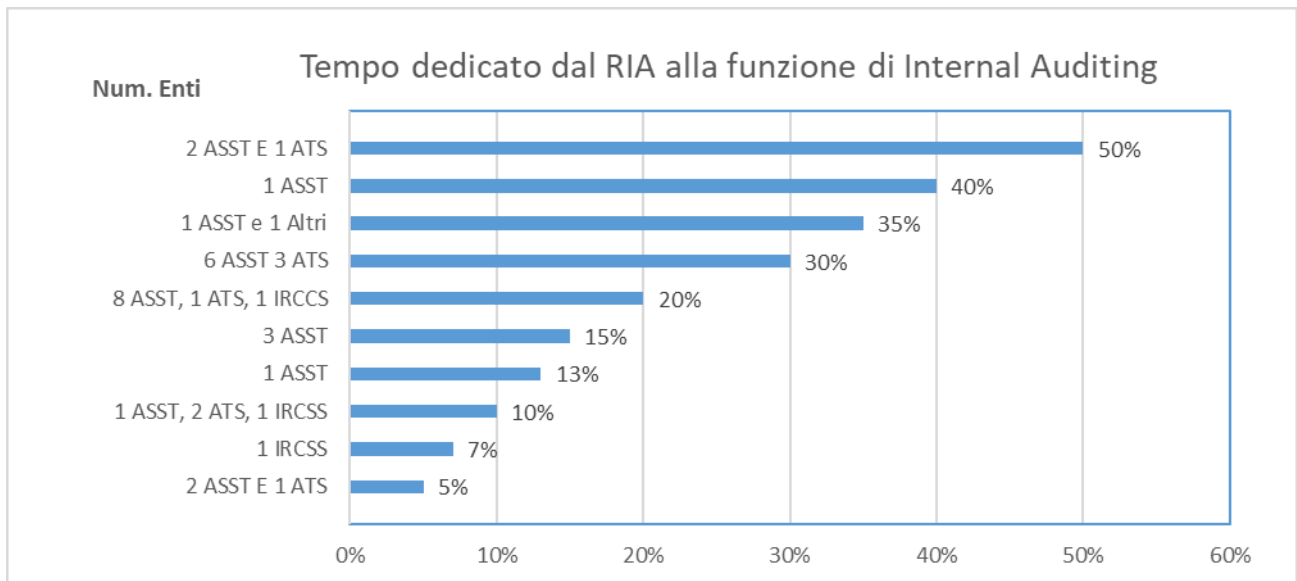
Sulla base delle risposte fornite, là dove espressamente quantificato, il tempo dedicato dai RIA si attesta su un valore medio di circa il 23%, con punte minime del 5% e picchi massimi del 50%. Non vi sono, pertanto, RIA esclusivamente dedicati all'attività di Internal Auditing.

La media complessiva, del 23%, risulta inferiore alla media rilevata nel 2020, pari al 30%, anche se non è pienamente comparabile in quanto il numero di Enti che avevano fornito tale specificazione nel 2020 era minore (29 risposte nel 2020 e 37 nel 2022).

Il valore medio del 23%, laddove suddiviso per le tre tipologie di Enti (ASST, ATS e IRCCS), dà luogo ai valori di seguito rappresentati:



Appare evidente come, sulla base dei dati indicati nei questionari, la percentuale media di tempo dedicato all'attività di IA da parte degli IRCCS risulta ancora più contenuta di quella degli altri Enti sanitari. Ad ogni modo, come rappresentato nel grafico successivo, le percentuali riferite alla maggioranza degli Enti Sanitari risultano relativamente basse e solo in limitati casi la percentuale arriva al 50%.



Come emergerà anche successivamente, il cumulo di attività in capo ai Responsabili - che determina necessariamente una limitatezza del tempo dedicato all'attività di IA - unita ad una dotazione organica non adeguata e alla necessità di risorse professionali esterne all'UO, soggette anch'esse a limitazioni temporali viste le altre attività ad esse facenti capo, determina difficoltà nello svolgimento delle attività di audit in maniera sistematica.

### **3.2 Formazione RETE IA**

Nel questionario 2022 sono state formulate tre domande (dalla n. 14 alla n. 16) riferite alla formazione, richiedendo di specificare: (i) il numero dei componenti che hanno svolto il corso di formazione organizzato da Regione nel primo semestre 2022; (ii) gli ulteriori corsi effettuati su tematiche di auditing, in aggiunta a quello regionale; (iii) i suggerimenti di cui tener conto nei prossimi corsi organizzati da Regione Lombardia.

La Funzione Audit Regionale ha accompagnato fin dall'inizio il percorso di formazione e consolidamento della Rete degli IA, prestando costante collaborazione all'adempimento di tale compito, in particolare, attraverso la progettazione della formazione di base per le funzioni IA della Rete e la condivisione di strumenti e metodologie di audit standardizzate.

Nel primo paragrafo della presente trattazione si è fatta menzione dei corsi di formazione organizzati da Polis Lombardia e Funzione Audit Regionale per le annualità 2022 e 2023 riferiti al "*Percorso formativo a supporto della rete regionale di Internal Auditing*" - articolati in 4 sessioni e rivolti, quali destinatari, ai responsabili e/o collaboratori della funzione IA della Rete. A tali corsi ha collaborato anche ORAC sia nella definizione dei contenuti, che garantendo la presenza alle giornate di formazione.

Dai dati di frequenza riportati risulta che nel 2022 hanno preso parte al percorso formativo regionale l'80% degli enti del SSR e ha visto la partecipazione dei RIA e, in molti casi, anche del personale di supporto.

Il 50% dei RIA degli Enti Sanitari ha dichiarato, inoltre, di non aver svolto, negli ultimi due anni, ulteriori corsi riferiti alle tematiche di auditing, in aggiunta alla formazione organizzata/erogata da Regione. L'altro 50% dei Responsabili ha invece frequentato almeno un corso sui seguenti argomenti: a) Valutazione performance; b) Amministrazione, Acquisti e Privacy; c) incontri formativi nell'ambito della Community of Practice per esperti Internal Audit; d) Percorso di certificabilità del bilancio; e) Lead Auditor (ISO); f) l'Internal Audit nelle aziende sanitarie; g) Contratti di lavoro, Contratti di servizi, contabilità, bilancio, sicurezza delle informazioni, mappatura e valutazione dei rischi frodi, configurazioni di reato e pene correlate; h) la norma ISO 9001:2015 e auditor interno del sistema di gestione qualità (UNI EN ISO 9001:2015;19011:2018); i) Analisi e valutazione dei rischi con riferimento al PNA e alle ISO.

Al fine di poter cogliere al meglio le esigenze formative della rete IA, è stato richiesto ai RIA di indicare le tematiche di interesse per la propria attività sulle quali potrebbe essere focalizzato il prossimo percorso formativo organizzato dalla Regione.

Dalle risposte fornite è possibile trarre le seguenti indicazioni:

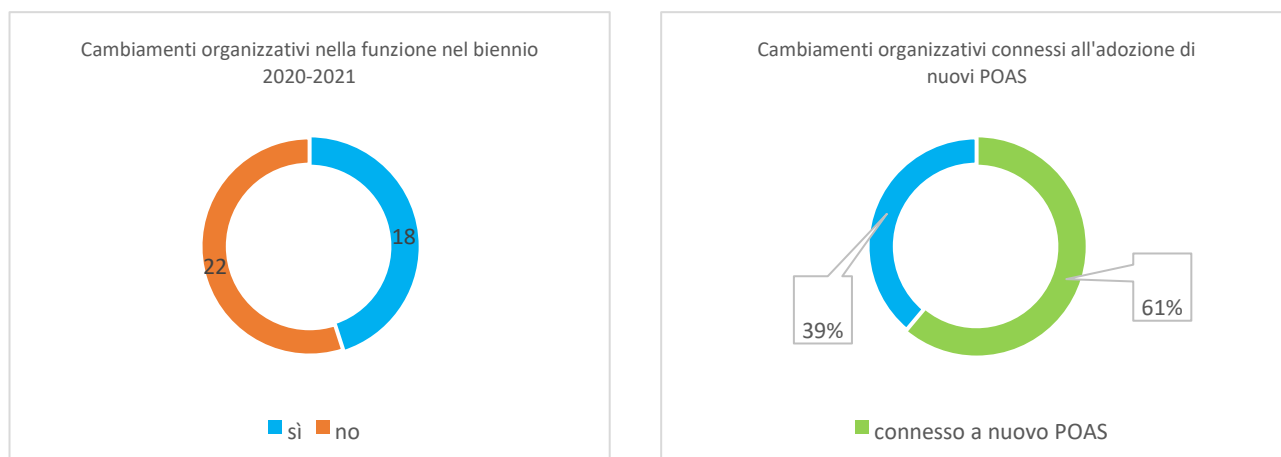
- l'approfondimento del Risk Assessment è senza dubbio la tematica su cui i RIA ravvisano una maggiore esigenza di approfondimento. Al di là degli aspetti metodologici, che possono essere già in gran parte noti, quello che si richiede è la definizione di corsi di formazione con un taglio pratico che diano elementi applicativi concreti che li supportino nella fase di mappatura dei processi, nella identificazione, classificazione e valutazione dei rischi, nonché nella definizione del Piano Annuale. Riguardo alla valutazione dei rischi, è stata indicata l'esigenza di acquisire strumenti e tecniche per la misurazione dell'efficacia dei controlli messi in atto dai responsabili di processo al fine di valutare il reale grado di rischiosità dei processi;
- altra tematica di interesse riguarda la conduzione degli audit. Da più parti è stato richiesto di poter ricevere indicazioni riguardo alle modalità di svolgimento degli audit, alla possibilità di avere strumenti pratici, formulari, check-list suddivise per tematiche e/o indicazioni su come costruirle. Ricorre l'esigenza di voler ricevere illustrazioni su casi pratici riferiti ad ambiti specifici identificati da Orac e/o Funzione Audit. È stata evidenziata, inoltre, la necessità di avere qualche strumento in più sulle modalità di comunicazione efficace dei risultati dell'attività di audit (criticità e azioni migliorative);
- sono stati poi riportati temi più specifici, utili per l'attività di audit, relativi a: Prevenzione, controllo e monitoraggio della corruzione; Frodi aziendali; Procedure ad evidenza pubblica ed Esecuzione contratti; Focus sui Rischi di Information Technology; Cybersecurity e Sicurezza dei dati/informazioni; Processo di gestione delle risorse umane. Ricorrono, altresì, alcune richieste riguardo alla tematica contabile, allo svolgimento di audit contabili e sul percorso di certificabilità dei bilanci.

Riguardo a quest'ultimo tema si evidenzia che nel mese di ottobre 2022 è stata organizzata una intera giornata di formazione, da parte della DG Bilancio e della DG Welfare, dedicata alle Procedure PAC – Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci rivolta ai Responsabili delle Funzioni Internal Auditing del SSR a cui ha partecipato anche la funzione Audit Regionale.

Nella definizione dei contenuti del “Percorso formativo a supporto della rete regionale di Internal Auditing” dell'annualità 2023, in corso di svolgimento, si è tenuto conto delle esigenze evidenziate nei questionari.

### 3.3 Cambiamenti organizzativi nella funzione IA nell'ultimo biennio e raccordi con altre funzioni di controllo interne o esterne all'Azienda

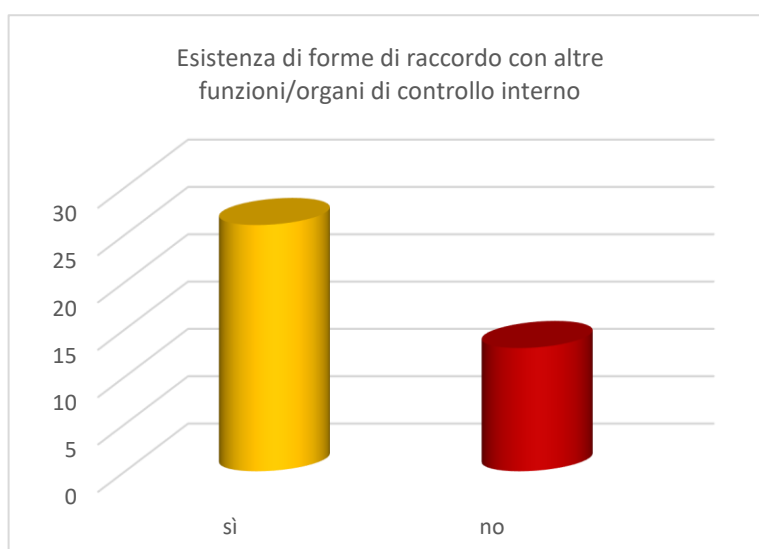
È stato richiesto ai RIA di indicare i cambiamenti organizzativi nella funzione di Internal Audit, anche alla luce di specifiche Direttive emanate dalla Direzione Regionale di competenza.



18 Enti del SSR hanno indicato che si sono verificati tali cambiamenti. Le modifiche hanno riguardato, principalmente, la collocazione organizzativa delle unità di Internal Auditing, prevedendone, nella maggioranza dei casi, il passaggio in staff alla Direzione Generale, anche in ossequio alle indicazioni contenute a seguito dell'avvenuta (o alla prossima) adozione dei nuovi Piano di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS).

Con le domande n. 18 e n. 19 del questionario, inoltre, è stato chiesto di specificare l'esistenza di forme di raccordo con le altre funzioni/organi aventi compiti di controllo interno (SCI) o con i Responsabili Internal Audit della stessa tipologia della Rete IA degli enti SiReg.

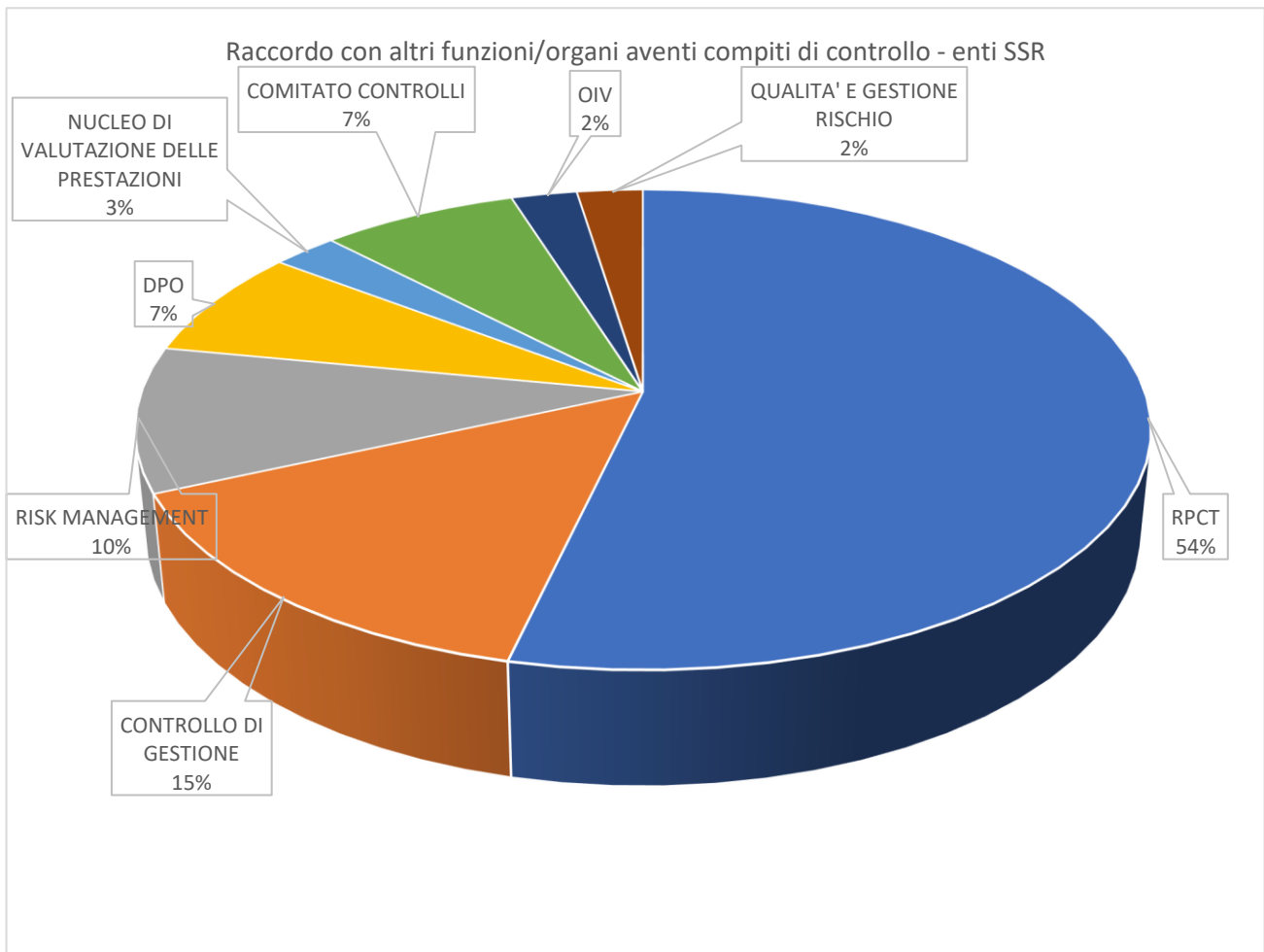
Dai risultati emerge che il 67% delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, delle Agenzie di Tutela della Salute e degli Istituti di Ricovero e Cura a



Carattere Scientifico, prevede forme di raccordo con altre funzioni o con altri organi operanti nel settore dei controlli interni.

In particolare, si riportano di seguito i soggetti, con cui tale raccordo è solito avvenire e il numero delle risposte espresso in forma percentuale.





Si assiste ad una prevalenza (54% dei casi) del raccordo con l'RPCT della singola struttura; dato comprensibile se si pone mente al fatto che spesso la funzione di Audit è ricompresa nella Unità Organizzativa dei Controlli e che, ad ogni modo, vi è un'evidente connessione tra le due attività riguardo ai contenuti. Al contempo, si registra anche un raccordo con il Responsabile del Controllo di Gestione (15%) e il Responsabile del Risk Management (10%).

Dato di particolare interesse è il raccordo con il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni (7% dei casi), definito dalle nuove Linee Guida POAS e di cui si è fatta menzione delle finalità e composizione nella prima parte della relazione. Alla data di compilazione dei questionari risulta presente in tre enti del Sistema Sanitario Regionale ed è presieduto dal Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza e il Responsabile IA è uno dei componenti.

Riguardo, invece, al raccordo tra i Responsabili della Rete IA, il 52% riporta di non avere alcuna forma di interlocuzione con gli altri RIA della Rete. La restante parte, invece, ha dichiarato l'esistenza di tale raccordo, secondo diverse modalità:

a) in n. 3 casi sembra prevista una interlocuzione sistematica; b) in n. 11 casi è specificato che il raccordo avviene informalmente tramite mail o altri canali; c) n. 2 RIA hanno riportato che il raccordo è avvenuto solo in occasione degli incontri regionali organizzati per la rete da Funzione Audit e/o ORAC.

Dall'esame dei questionari emerge che nelle ATS tale forma di raccordo tra i RIA dello stesso cluster sia più frequente, come emerso, d'altronde, anche negli incontri periodici

avuti con la Rete. Ruolo di ORAC sarà quello di proseguire nel percorso avviato e cercare di stimolare tale raccordo, nelle forme che verranno poi condivise con gli stessi interessati, al fine di rafforzare ed estendere tale legame tra i RIA della Rete, quale momento di condivisione e trasferimento di conoscenze/competenze.

### 3.4. Risk Assessment e numerosità audit svolti

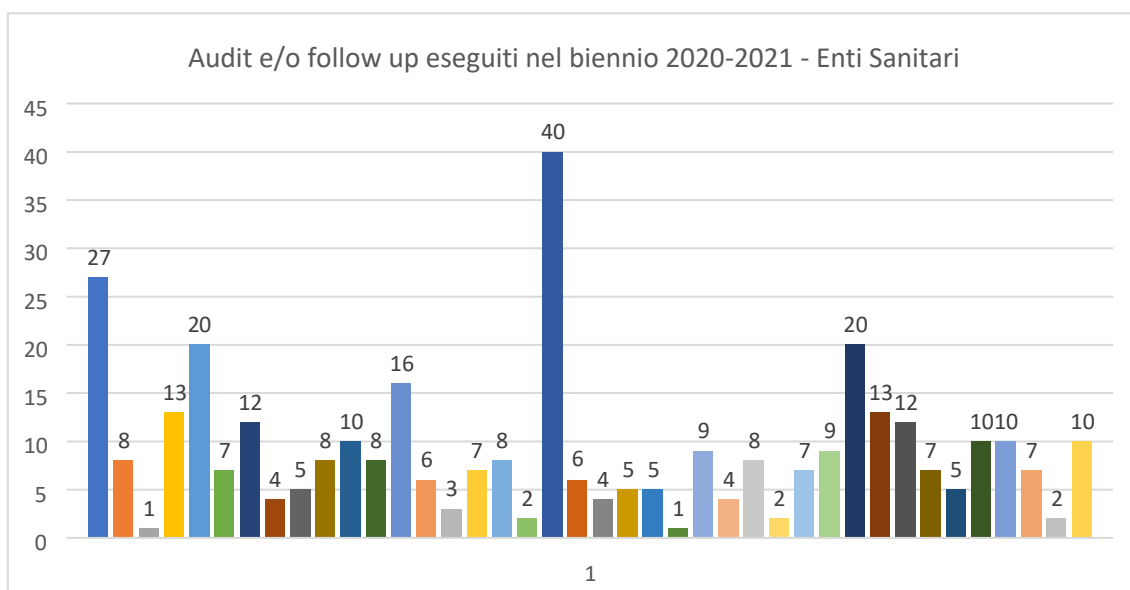
E' stato chiesto ai RIA se l'Azienda/Ente disponga di un proprio Risk Assessment per la definizione del Piano Annuale degli interventi di audit.

È emerso che dei 40 enti operanti nel mondo della Sanità regionale, 14 funzioni IA (35%) dispongono di un proprio risk assessment, registrando una situazione sovrapponibile a quella del 2020. In tale classificazione si è inteso ricondurre nel SI solo quelli che hanno dichiarato di avere un autonomo risk assessment.

Con riferimento, invece, agli enti che hanno dichiarato di non disporre di una propria metodologia di Risk Assessment, è stato specificato, nella maggior parte dei casi, di avvalersi dell'analisi di rischio effettuata autonomamente dall'RPCT o in collaborazione con lo stesso RIA, secondo la metodologia definita dal PNA. È stato indicato, altresì, di avvalersi della analisi effettuata secondo le logiche ISO9001:2015 e/o di coordinarsi con le funzioni dedicate alla Qualità e al Risk Management.

**Con la domanda n. 21** è stato richiesto di indicare il numero di audit e/o follow up svolti nel biennio 2020 e 2021. In particolare, alcuni enti hanno riportato puntualmente l'indicazione del numero di audit e follow up svolti per ciascun anno: dai dati ottenuti (n. 110 nel 2020 e n. 126 nel 2021) si desume un aumento quantitativo degli interventi di audit. Sommando tali dati con le risposte che hanno indicato solo il numero complessivo di interventi nel biennio, senza ulteriore suddivisione, emerge un totale complessivo (di tutti gli enti) di n. 361 audit o follow up, con una media "biennale" di circa 9 interventi per ente.

Si rappresentano il numero di audit o follow up eseguiti nel biennio dagli Enti Sanitari del Sireg.



Come risulta dal grafico sopra rappresentato, alcune realtà virtuose del sistema sanitario hanno superato i 20 interventi nel biennio, con la punta di una specifica Asst, la quale ha eseguito 40 audit e/o follow up, mentre altre realtà riportano una numerosità decisamente contenuta (1 audit per due enti, 2 audit per 3 enti, e 3 audit per un ente, etc.).

Pur tenendo conto dell'eccezionalità del biennio in esame, caratterizzato dagli eventi pandemici, che hanno inciso pesantemente sulle attività degli enti sanitari, andrà ad ogni modo effettuata una riflessione sugli Enti che hanno ultimato un numero esiguo di audit, anche da parte degli stessi RIA, su come le criticità emerse nel corso della presente trattazione (es. cumulo con altre attività, limitato tempo dedicato alle attività di IA, numero inadeguato delle risorse umane assegnate alla struttura) si riflettano sul sistematico svolgimento delle attività di IA, valutando gli opportuni provvedimenti al fine di garantire il regolare svolgimento delle attività di internal audit.

### **3.5. Difficoltà operative nello svolgimento interventi di audit, punti di debolezza funzione IA e note di miglioramento della funzione**

#### **Difficoltà operative**

Nell'ambito del questionario sono state poste delle domande specifiche riguardo a: i) difficoltà ravvisabili nella definizione dei gruppi di lavoro da parte del RIA (domanda n.13); ii) difficoltà rinvenibili dal team di lavoro nell'attività operativa (domanda n.22); iii) punti di debolezza (domanda n.23) riscontrabili nell'attuale configurazione della Funzione Internal Audit.

In considerazione della numerosità delle indicazioni ricevute e della sovrapponibilità, in più casi, delle problematicità nei tre ambiti di approfondimento indicati, non è sempre agevole effettuare una netta separazione tra esse. Si riportano di seguito le risultanze delle principali difficoltà rappresentate dai RIA nei questionari:

- Criticità legate a conciliare le disponibilità del personale esterno all'unità IA a collaborare agli interventi di audit, visti gli impegni derivanti dalle altre mansioni di cui sono responsabili, con conseguenti difficoltà organizzative. Inadeguata percezione dell'importanza delle attività di audit, con difficoltà di coinvolgimento di personale esterno allo svolgimento delle attività di audit;
- Mancanza di competenze specifiche negli ambiti di intervento; inadeguata conoscenza delle materie relative ai processi oggetto di audit particolarmente complessi;
- Tempi ristretti di svolgimento degli audit, tenuto conto dei concomitanti impegni, che non consentono di effettuare audit approfonditi. Non essendo presente personale dedicato al 100% all'attività di audit, il tempo per la preparazione degli audit e di tutte le successive fasi del processo non è sufficiente;

- Difficoltà nell'individuare risorse esterne alla funzione che abbiano adeguate competenze specialistiche nelle materie oggetto di audit, ma che non siano, al contempo, direttamente coinvolte nelle attività auditate;
- Sono state indicate alcune carenze documentali, utili in fase programmatica e di analisi preliminare degli audit, relative alla mancanza di: a) procedure/normative che disciplinano alcune materie oggetto di controllo al fine della predisposizione di una corretta ed esaustiva check list per l'effettuazione dell'audit; b) griglie di audit strutturate e condivise per tematiche comuni; c) format di riferimento per la conduzione degli audit; d) bibliografia specifica su audit sanitari, considerato che solitamente è focalizzata su esperienze corporate o di aziende quotate;
- Difficoltà in sede di verifica, laddove l'approccio per processi trasversali all'organizzazione si scontra con i modelli gerarchico-funzionali (verticali), dove è presente una logica per struttura e le attribuzioni non sempre sono coordinate in un'ottica di processo. Questo comporta per il team di audit una rilevante attività di ricerca della documentazione, con il rischio di non cogliere immediatamente il disegno del processo, a discapito di attività di visita on site e confronto con il personale;
- Scarsa conoscenza delle normative/policy/sistema dei controlli da parte dei soggetti sottoposti ad audit. Attività di audit percepita come ispezione. Difficoltà in termini di disponibilità temporale da parte delle strutture auditate (es. difficoltà di calendarizzazione degli incontri) e di tempestiva trasmissione della documentazione o del materiale da parte di tali soggetti. Un basso livello di formazione a livello aziendale del sistema dei controlli e dei compiti/attività di audit definiti annualmente;
- Mancata disponibilità di una mappa/elenco di competenze interne ed esterne accessibili per analisi super partes dei processi.

### **Punti di debolezza**

È stato chiesto ai Responsabili IA di descrivere i punti di debolezza della attuale configurazione aziendale della Funzione di Internal Audit, indicando, possibilmente, delle proposte per il loro superamento.

Nelle schede sono stati indicati i seguenti punti di debolezza, che si intersecano con le difficoltà operative riportate in precedenza:

- Carezza di personale assegnato stabilmente alla funzione di Audit, con conseguente svolgimento dell'attività di audit in via residuale rispetto ad altre attività specifiche. Ciò determina l'impossibilità di svolgere un'attività costante ed assidua nel tempo, con conseguente svolgimento di audit in termini ridotti e non sempre approfonditi. Avvicendamento di figure professionali;
- Funzione di Internal Audit non "esclusiva", ma condivisa con altre funzioni di controllo di secondo livello; Scarsità di risorse e di tempo disponibile; Mancanza di un team strutturato dedicato agli audit di terzo livello;
- Personale non adeguatamente qualificato/formato e impossibilità, considerato il numero ridotto, di avere competenze multidisciplinari;

- Attribuzioni del RIA, in qualche caso, che comportano responsabilità operative e l'effettuazione di controlli di primo livello con conseguente sovrapposizione di ruolo (controllato/controllore);
- L'attribuzione al RIA di una qualifica non dirigenziale non agevola il rapporto con i Dirigenti delle strutture auditate e non garantisce la necessaria autorevolezza della funzione;
- Mancato raccordo con altre funzioni che si occupano di controlli interni;
- Carente Commitment.

### **Punti di forza**

Accanto ai punti di debolezza sono stati evidenziati dai RIA dei punti di forza, di seguito riportati, riscontrabili in particolar modo nelle realtà dove la funzione IA risulta maggiormente strutturata:

- Il gruppo di Internal Auditing è composto da persone con importante professionalità ed esperienza all'interno del comparto sanità. Su ambiti ritenuti realmente importanti da ORAC/Regione/Direzione strategica vi sono le reali competenze per poter affrontare tematiche complesse come quelle in ambito sanitario;

L'integrazione della funzione IA con le altre attività aziendali (Controllo di Gestione, Trasparenza e Anticorruzione, Qualità, Risk Management) è visto come un punto di forza sia, per la correlazione con il monitoraggio dei rischi di tipo corruttivo, sia per la disponibilità di dati elaborati a fini gestionali, e/o per la disponibilità di ulteriori informazioni riferiti ai processi aziendali che possono essere utili ad evidenziare rischi o criticità e fornire supporto agli interventi di audit;

- Possibilità di coinvolgere, nello svolgimento dell'attività di audit, personale afferente ad altre funzioni aziendali al fine di avere competenze specialistiche non presenti all'interno della struttura IA, con integrazione e condivisione delle conoscenze dei processi nei team di lavoro;
- Individuazione di azioni di miglioramento dei processi auditati e maggiore riconoscimento da parte delle strutture auditate delle finalità dell'attività di IA;
- Buon clima organizzativo;
- Commitment della Direzione Generale, con costruttivo impulso formativo e strumentale fornito e attenta valutazione delle attività e degli esiti;
- La collaborazione con le funzioni delle UOC Qualità e Risk Management; Formazione; RPCT; SIA; RPD, con particolare riferimento all'analisi dei rischi, agli audit operativi e all'attività formativa. L'attuazione del nuovo POAS, inoltre, dovrebbe rafforzare il ruolo dell'IA e del suo collegamento con le altre funzioni di controllo interno.

La lettura congiunta dei punti di debolezza e punti di forza possono, in qualche caso, apparire in antitesi. Ciò è dovuto all'ampia numerosità degli Enti del SSR (n.40), alla

eterogeneità degli stessi (ASST, ATS) e al differente grado di sviluppo della funzione IA che possono dar luogo a diverse percezioni.

### **Note di miglioramento**

A fronte delle criticità e dei punti di debolezza, sono state indicate proposte, attività e iniziative che potrebbero migliorare l'attuale configurazione della funzione o le modalità operative, anche con l'ausilio di Regione Lombardia. Si riportano, di seguito, le indicazioni ricevute dai RIA riguardo alle possibili note di miglioramento:

- Implementare un forte programma di assurance e miglioramento della qualità su tutti i processi di internal auditing, incluso il reclutamento delle risorse umane;
- Prevedere una Community Regionale di Internal Audit, con incontri almeno semestrali, per lo scambio di best practice. Avere a disposizione elenchi regionali di esperti, per materie, con la possibilità di effettuare un confronto con essi su quesiti che possono nascere nel corso di un audit. Possibilità di integrazione dei team di lavoro con altri auditor del Sireg e/o affiancamento degli esperti a livello regionale;
- Avere la disponibilità di griglie di audit strutturate; condivisione di strumenti di audit, modulistica. Strutturare percorsi comuni per le attività di risk assessment, anche con il coinvolgimento dei responsabili dei controlli di 2° livello;
- Maggiore valorizzazione della funzione di Internal Auditing da parte della Regione e della Direzione Strategica con Committenza più chiara e forte;
- Incremento delle risorse dedicate in maniera esclusiva alla funzione Internal Audit e potenziamento dell'indipendenza della funzione;
- Potenziare la formazione del personale finalizzata alla diffusione della cultura dei controlli e alle relative responsabilità; prevedere corsi di formazione alla Dirigenza delle Strutture Sanitarie per aumentare la sensibilità e il recepimento delle istanze espresse nei meccanismi interni di valutazione;
- Prevedere a livello regionale (ORAC, Funzione Audit) indicazioni sulle priorità e gli ambiti da ricomprendere nel piano di audit. Specificare tematiche comuni per le aziende del SSR al fine di condurre parallelamente un audit della medesima tipologia così da confrontarsi – con incontri a livello regionale – sugli esiti e le azioni correttive;
- Rafforzare il raccordo tra le varie funzioni che si occupano di controlli al fine di una mappatura condivisa dei processi, una gestione integrata dei rischi e analisi dei controlli;
- Valutare di prevedere nel Piano Performance dei Direttori Generali obiettivi riferiti alla funzione di Internal Audit (es. aggiornamento/implementazione risk assessment);
- Sviluppare, nell'ambito del tavolo di lavoro Regione – Bicocca – Protiviti "sul Sistema di Controllo Interno nel Settore pubblico" un modello di riferimento per le strutture sanitarie.

#### **4. Gli altri Enti del Sireg**

Come indicato in precedenza, il questionario è stato somministrato, oltre che agli Enti Sanitari, anche agli altri enti del Sireg, ed in particolare a: 3 Enti dipendenti, 2 Società partecipate in modo totalitario da Regione Lombardia, 5 ALER. Nei paragrafi che seguono si riportano le relative risultanze, suddivise per singolo cluster.

La cornice normativa di riferimento, per enti dipendenti e società, prevede specifiche disposizioni. Relativamente alla collocazione organizzativa la legge n.17/2014, all'art. 1, comma 3-bis, dispone che *“Gli enti e le società di cui alla sezione I dell'Allegato A1 della l.r. 30/2006 assicurano lo svolgimento in piena autonomia della funzione di Internal Auditing prevedendo, a tal fine, che il responsabile della suddetta funzione riporti direttamente all'organo amministrativo di vertice”*.

Stesse disposizioni sono contenute nelle Direttive 2022 ad enti dipendenti e società in house, la DGR 5737/2021 recita che la funzione IA deve essere allocata ad un *“livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni. Il responsabile della suddetta funzione riporta direttamente all'organo amministrativo di vertice”*.

È necessario garantire, pertanto, che il riporto gerarchico per tali Enti sia l'Organo Amministrativo di vertice. Importante è, inoltre, che la figura del Responsabile Internal Audit non svolga compiti di natura gestionale o attività di controllo di primo livello, che possano compromettere l'indipendenza e l'obiettività di giudizio.

La DGR n. 5737/2021 ha rimarcato, inoltre, una serie di flussi informativi in capo ai soggetti dell'allegato A1 sezione I del Sireg da inoltrare alla Funzione Audit Regionale, relativi a:

- Pianificazione annuale e, in prospettiva, triennale, dell'attività di audit;
- Concertazione con la Struttura Audit di specifiche attività da ricomprendere nel piano annuale;
- Realizzazione degli interventi di audit concertati con il supporto metodologico della Struttura Audit Regionale;
- Trasmissione degli esiti conclusivi degli interventi concertati;
- Invio della relazione annuale di controllo relativa alle verifiche effettuate nell'anno precedente.

Si evince, pertanto, come la Funzione Audit Regionale su tali Enti eserciti un maggior presidio e supporto metodologico, anche con la realizzazione degli interventi di audit concertati.

#### **4.1 Enti dipendenti: Arpa – Ersaf – Polis**

##### **Collocazione Organizzativa delle Funzioni IA, cumulo di incarichi e tempo dedicato**

L'analisi dei questionari ha fotografato per i tre Enti una diversa modalità organizzativa così rappresentabile:

- il RIA dispone di una propria struttura dedicata esclusivamente all'attività IA. Il team di lavoro è formato dal Responsabile di struttura, con qualifica dirigenziale con occupazione nella funzione al 100% e si avvale di un collaboratore al 22%;
- non è stata predisposta una nomina specifica del RIA. Nella declaratoria delle funzioni attribuite alla Direzione Generale è presente quella dello "Sviluppo Audit Interno". Non essendovi una specifica nomina, il RIA, pertanto, è rappresentato dal Direttore Generale, con un referente operativo che lo coadiuva, funzionario cat. D part time. L'attuale struttura, oltre all'Internal Auditing, svolge anche l'attività relativa all'anticorruzione e privacy ed è così definita: il Responsabile IA impegnato al 5%, una risorsa part time all' 70% e una risorsa al 30%.
- il RIA, con qualifica di quadro, non dispone di una propria struttura. Oltre a svolgere tale incarico annovera altre funzioni, quali coadiuvare l'RPCT in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Privacy e Qualità. Il RIA si avvale di un collaboratore e il tempo dedicato alla funzione audit è di circa il 40%;
- La dotazione media dell'organico per i 3 Enti è di circa 1 unità, che tuttavia deve svolgere anche altre funzioni; questo si ripercuote anche sul **tempo dedicato alla funzione** da parte del RIA, che è solo in un caso superiore al 50%.
- La qualifica del RIA è in due casi su tre dirigenziale; nell'ultimo caso il compito viene svolto da un quadro.

Per i tre Enti tutti i componenti dell'organico dedicato all'audit hanno svolto almeno un corso di formazione organizzato da Regione Lombardia.

### **Attività Rendicontate nel biennio 2020-2021**

Un altro elemento rilevato è la quantità di interventi di audit conclusi nel periodo dagli enti.

Gli audit ed i follow-up rendicontati nel biennio, alcuni realizzati secondo la modalità della concertazione con la struttura Audit regionale, sono stati da un minimo di 1 a un massimo di 6, con una media nel biennio di 2 interventi nel 2020 e 3 nel 2021.

### **Metodologie di Risk Assessment**

Riguardo all'utilizzo di una specifica metodologia di risk assessment per l'individuazione di interventi da inserire nel piano di audit annuale, in un caso su tre l'ente ha dichiarato di avere una propria mappatura dei rischi, basato sul modello rischi utilizzato da Regione Lombardia.

Per gli altri due Enti, nella scelta degli audit da effettuare si tiene conto dell'analisi del rischio combinato, derivante dall'area dell'RPCT e da altre risultanze emerse da altri audit condotti, o mediante interlocuzioni con la Direzione Generale, o con le Direzioni Tematico-Funzionali.



## **4.2 Società a totale partecipazione: Finlombarda S.p.A. – Aria S.p.A.**

### **Collocazione Organizzativa delle Funzioni IA, cumulo di incarichi e tempo dedicato**

In entrambe le aziende considerate il RIA dispone di una propria struttura Organizzativa, completamente dedicata alla funzione IA, ed in entrambe la stessa riporta al vertice amministrativo (Amministratore Unico e CdA).

Anche la dotazione organica è in entrambi i casi di 3 elementi (2 auditors ed il dirigente); tutto il personale ha svolto almeno un corso di formazione organizzato da Regione Lombardia.

### **Attività Rendicontate nel biennio 2020-2021**

Un altro elemento è il numero di interventi di audit conclusi nel corso del periodo da ciascun ente. Il minimo di audit e follow-up rendicontati è 1 ed il numero massimo è 6 (non considerando altre attività di rilievo come supporto ad audit su fondi UE e revisione procedure). La media nel biennio è di 1,5 interventi nel 2020 e 5 nel 2021.

### **Metodologie di Risk Assessment**

In entrambi i casi le società dispongono di un proprio risk assessment per la funzione IA, periodicamente aggiornato; la metodologia utilizzata per la selezione degli interventi da inserire nel piano di audit è:

- Assessment annuale della mappatura dei rischi insieme al Risk Manager, condiviso con altre funzioni di controllo;
- Piano di Risk Assessment della Società sviluppato ai sensi del D.lgs 231 e della Legge 190.

Per individuare gli interventi da inserire nel piano di audit annuale le due società hanno dichiarato che:

- Il Risk Assessment Aziendale è effettuato a cura del Risk manager ed è basato sul Framework UNI EN ISO 31000:2010, approvato prima dal Risk Committee e successivamente dal Comitato controllo rischi, da ultimo trasmesso al Consiglio di amministrazione. La funzione di Risk Management è distinta dall'IA.
- il RIA ha usufruito del Risk Assessment effettuato a seguito dell'aggiornamento del Modello di Organizzazione e Gestione ex D.Lgs. 231/2001 che ha tenuto conto anche della L.190/2012. La struttura dichiara di non avere ad oggi le competenze adeguate per effettuare un autonomo Control Risk Self Assessment.

## **4.3 Le Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER)**

Con riferimento alla prima parte del questionario, riferita alla collocazione organizzativa delle funzioni di Internal Auditing, nel documento "*Rete degli Uffici di Internal Auditing: mappatura e prime indicazioni*", di cui alla delibera ORAC n. 15 del 7 dicembre 2020, era emersa una situazione da migliorare relativamente ai rapporti gerarchici, in quanto la distribuzione rilevata non era stata posizionata nella totalità delle aziende presso la Direzione Generale e non era chiara la possibilità di cumulo delle funzioni con l'IA.

La nuova DGR n. 5619 del 2021 ha sancito che la funzione IA deve essere allocata “ad un livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni, pertanto, essa è di norma collocata presso la Direzione Generale. Se l'organizzazione aziendale ha espresso un diverso posizionamento è comunque fondamentale che la funzioni riporti, in ultima istanza, alla Direzione Generale, stante il suo ruolo di guida e governo al conseguimento di obiettivi; non è in ogni caso allocabile presso la Presidenza.”

Rispetto alla cumulabilità dei ruoli, viene prescritto che “l'incarico di Responsabile Internal Auditing (RIA) può considerarsi, in analogia con quanto definito dalla Giunta regionale per gli enti sanitari, compatibile con quelli, trasversali e affini, dell'anticorruzione, dell'area legale (con l'esclusione espressa del contenzioso, della qualità, del controllo di gestione, del risk management e del data protection officer), con i quali peraltro il RIA opera in sinergia, ma con una programmazione delle attività, se del caso, separata”.

### **Collocazione Organizzativa delle Funzioni IA, cumulo di incarichi e tempo dedicato**

Delle 5 aziende mappate, la totalità ha un RIA che dispone di una struttura propria ma **nessuna** con attività esclusivamente dedicata.

La struttura IA, secondo quanto indicato nei questionari, svolge ulteriori attività tra le quali, a seconda delle Aler, può essere anche:

- Referente per ODV e RPCT e controllo di gestione;
- Certificazioni Iso, e compliance aziendale;
- Anticorruzione e trasparenza;
- Attività di staff relative ai sistemi integrati.

La dotazione media di organico delle 5 Aler è di circa 2 unità, considerando tuttavia anche un'azienda nella quale vi è il solo RIA, con il supporto di una risorsa part time.

Purtroppo, questa allocazione eterogenea su diverse attività si ripercuote sul **tempo dedicato alla funzione** da parte del RIA, che è solo in un caso superiore al 50%.

Anche la qualifica del RIA è solo nel 20% dei casi dirigenziale; nel 60% degli enti è ricoperta da quadri e nel 20% da un funzionario.

In merito alla modalità di riporto della funzione si rileva che nella totalità dei casi la funzione IA fa riferimento alla Direzione Generale.

### **Attività Rendicontate nel biennio 2020-2021**

Un altro elemento rilevato, piuttosto eterogeneo, è il numero di interventi di audit conclusi nel corso dei due anni precedenti da ciascun ente.

Gli audit e follow-up rendicontati per l'intero biennio vanno da un minimo di 2 fino ad un massimo di 23, per una media di interventi di circa 8 nel 2020 ed 11 nel 2021.

## **Metodologie di Risk Assessment**

Riguardo alla metodologia utilizzata per individuare gli interventi da inserire nel piano di audit annuale, 3 Enti hanno dichiarato di disporre di una propria metodologia di valutazione del rischio, e 2 la stanno sviluppando. Nel caso della metodologia propria, la mappatura avviene con:

- Invio del questionario percezione rischi (tavolo R.L.) e, sulla base dei risultati, matrice rischio e campionamento aree di intervento e processi;
- Piano di audit integrato Internal Audit/RPCT/SGQ, con aggiornamento periodico.

Nelle altre realtà dove al momento non è presente un proprio Risk Assessment, le priorità del piano di audit vengono concertate tra Direzione, RPCT, IA.

### **4.4 Punti di debolezza funzione IA evidenziati dai RIA e proposte migliorative per gli altri Enti del Sireg**

I principali punti di debolezza evidenziati dai RIA nei questionari degli "Altri Enti Sireg" e le indicazioni di proposte migliorative riguardano i seguenti aspetti:

- assenza di adeguato Commitment da parte del vertice aziendale e di sensibilizzazione della struttura;
- il cumulo di funzioni che comportano l'assorbimento di ore/uomo del RIA in altre attività;
- necessità di rinforzare ulteriormente il team di lavoro con risorse dedicate;
- individuazione di ambiti comuni di intervento con altre funzioni del SCI;
- assenza di software dedicato alla realizzazione e monitoraggio dei PdA e di carte di lavoro e format che dovrebbero essere messi in comune;
- ulteriore formazione specifica;
- affiancamento operativo da parte di RL, proposto su base volontaria;
- indicazioni precise ed esplicite di ambiti di controllo annuale, individuati sulla base degli atti di programmazione settoriali, e proposti su base volontaria;
- sensibilizzazione dei vertici sulla materia.

## **5. Considerazioni conclusive e raccomandazioni**

Nel corso della presente trattazione sono state esposte le risultanze della mappatura effettuata nel IV trimestre 2022 delle funzioni IA della rete Sireg (Enti sanitari, Enti Dipendenti, Società in house, Aler).

Tale mappatura - effettuata mediante la somministrazione di un questionario di n. 25 domande - è un aggiornamento di una analoga rilevazione, effettuata nel primo semestre 2020, così da poter valutare i cambiamenti intervenuti nella collocazione organizzativa, nella composizione, nelle attribuzioni delle funzioni, anche alla luce di specifiche Direttive emanate dalle Direzioni di riferimento, quali la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Casa e Housing sociale.

Con tale questionario sono stati raccolti, oltre ai dati di carattere generale o più prettamente legati alla funzione, anche riflessioni, indicazioni e spunti di miglioramento, forniti dagli stessi RIA, riguardanti lo svolgimento delle attività di Internal Auditing.

L'attività di ORAC nei confronti della rete IA, fin dall'inizio della propria operatività, è stata volta a comprendere le esigenze dei RIA, i punti di forza, i punti di debolezza e di miglioramento delle funzioni IA, al fine di sviluppare un percorso - in coerenza con le funzioni attribuite dalla LR n. 13/2018 all'art. 3, comma 1, lettera h) - volto ad assicurare adeguate forme di coordinamento, impulso, condivisione di buone pratiche e dotazione di strumenti finalizzati a rafforzare il ruolo e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati.

Nell'annualità 2021, l'Organismo a seguito della prima mappatura del 2020 ha organizzato una serie di incontri con i RIA della Rete - per cluster, prevedendo, per gli Enti sanitari, la suddivisione in più gruppi per agevolare l'interlocuzione - finalizzati alla condivisione dei risultati emersi e facilitare un momento di confronto/condivisione di esperienze tra i partecipanti.

In collaborazione con la Funzione Audit Regionale, inoltre, l'Organismo ha organizzato degli incontri con la Direzione Casa e Housing Sociale e con la Direzione Welfare - in considerazione di quanto raccomandato da ORAC con Delibera n.15/2020 - al fine di facilitare la definizione, da parte delle Direzioni, di linee di indirizzo/direttive per gli Enti vigilati (Enti Sanitari e ALER) ed esplicitare regole organizzative chiare. Tali indirizzi sono stati poi ricompresi nell'ambito delle Direttive emanate con DGR 62/78 del 11.04.2022 "Linee guida Regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) e con DGR n.5619 del 2021 "Direttive Regionali alle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER) - anno 2022".

Occasione di incontro con la Rete IA, altresì, si è avuta, nell'ambito del Percorso di Formazione per gli Internal Auditors, articolato in 4 giornate, organizzato da Funzione Audit Regionale in collaborazione con Polis, per il quale ORAC ha partecipato alla definizione dei contenuti e garantito la presenza nelle giornate del corso, sia nell'annualità 2022 che 2023 (in corso di svolgimento nel mese di giugno).

Gli esiti della nuova mappatura 2022 riportano una fotografia che non presenta sostanziali modifiche rispetto a quanto rappresentato con Deliberazione n.15/2020.

Permangono, infatti, le **criticità** rilevate nel 2020, riguardo agli aspetti organizzativi, ed in particolare, alla non esclusività delle attività della funzione, ma al cumulo con ulteriori responsabilità che, nella maggioranza dei casi, rendono insufficiente il tempo dedicato da parte dei RIA e della loro struttura all'attività di internal Audit. A tale criticità si associa l'esiguità o assegnazione stabile delle risorse umane rispetto alle attribuzioni della funzione, o alla difficoltà di organizzare i team di lavoro, laddove collabori personale esterno all'unità organizzative, per concomitanti impegni.

Vanno, invece, sottolineate le **modifiche** intervenute in alcune realtà, rispetto alla precedente rilevazione, con riferimento alla collocazione organizzativa, riportando, in coerenza con le direttive di riferimento, alla Direzione Generale.

L'Organismo ritiene proficuo il confronto con i RIA, intrapreso in questi anni, evidenziando come, sia dai questionari che dagli incontri diretti, traspare la volontà dei Responsabili IA di acquisire conoscenze, competenze, strumenti metodologici volti a svolgere al meglio le proprie funzioni. Molto positiva, inoltre, è l'esposizione analitica dei punti di debolezza, delle criticità riscontrate nello svolgimento delle attività operative, cosicché possa essere di ausilio ad ORAC per supportare la Rete IA nella individuazione di strumenti che possano migliorare le proprie attività. Nei questionari sono stati riportati, altresì, anche i punti di forza, soprattutto nelle realtà in cui la Funzione di Audit è più consolidata. Tali elementi positivi possono rappresentare una base di partenza per individuare e condividere con la rete IA best practices e strumenti di lavoro utili per lo svolgimento delle attività.

Al fine di meglio valutare gli esiti del presente questionario, va precisato che esso è stato somministrato alcuni mesi dopo l'emanazione delle linee guida da parte delle Direzioni Welfare e DG Casa e Housing sociale. Al momento della rilevazione erano intervenute da poco, o erano in corso, modifiche organizzative della funzione i cui effetti "positivi" potrebbero non essere riscontrabili al momento di compilazione del questionario, richiedendo una maggiore tempistica. In particolare, per alcuni Enti sanitari, le modifiche organizzative derivanti dall'adozione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS), in coerenza con le nuove Linee Guida Regionali di cui alla DGR 62/78 del 11.04.2022, non erano state completate al momento della rilevazione.

L'Organismo proseguirà, nell'annualità corrente, in collaborazione con la Funzione Audit Regionale, l'attività di **coordinamento** della Rete IA, al fine di monitorare l'evoluzione organizzativa delle funzioni IA e il superamento delle criticità indicate nella presente trattazione. A tal fine intende:

- prevedere incontri specifici con i singoli Enti per valutare il percorso di adeguamento a quanto definito dalle normative interne;
- continuare la collaborazione con la Funzione Audit Regionale per la definizione dei contenuti della formazione della Rete IA, organizzata da Regione Lombardia e Polis, tenendo conto delle esigenze rappresentate dai RIA;
- sviluppare un progetto, con il coinvolgimento degli stessi RIA, volto a facilitare le interrelazioni della Rete IA e rafforzare gli strumenti metodologici ed operativi a disposizione delle funzioni, favorendo la condivisione di conoscenze/competenze.

Alla luce di quanto fin qui esposto e del persistere delle criticità evidenziate, **ORAC raccomanda** una attenta valutazione da parte dei Responsabili Internal Audit e delle Direzioni Generali dei singoli Enti dell'attuale configurazione della Funzione Internal Audit e della coerenza con la normativa interna di riferimento, sia in termini di collocazione organizzativa, indipendenza, obiettività, che di sistematicità nello svolgimento delle attività di IA, di adeguatezza delle risorse e delle competenze, verificando l'incidenza del cumulo di funzioni sulle attività IA. A seguito di tali valutazioni, ove ravvisate le criticità qui rappresentate e/o disallineamenti con la normativa interna, dovranno essere individuate le opportune soluzioni organizzative ed adottati i relativi provvedimenti.