

DELIBERAZIONE N. 12 seduta del 18 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Emanuele Prospero, Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione della Relazione per il Consiglio regionale e la Giunta regionale Lombardia ai sensi dell'art. 3, comma 5 della L.R. 28 settembre 2018, n. 13 – Secondo semestre 2023

L'atto si compone di n. 250 pagine di cui n. 248 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 – secondo semestre 2023", allegato 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 – secondo 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.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

O.R.A.C.

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

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

Secondo Semestre 2023

SOMMARIO

Introduzione	1
1. Piano di Attività 2023.....	1
OBIETTIVO 1 – Monitoraggio Raccomandazioni	1
OBIETTIVO 1.1-1.3 – Impatto derivante dall’attuazione del PNRR	1
OBIETTIVO 2.2 – Intese Collaborative	9
OBIETTIVO 2.3 – Iniziative di Informazione	15
OBIETTIVO 3 – Pianificazione dell’attività relativamente ai sistemi di controllo interno e di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale	16
OBIETTIVO 3.1.1 – Indirizzi per la prevenzione dei rischi in situazioni di emergenza	20
OBIETTIVO 4 – Pianificazione delle attività relativamente all'incidenza dei rischi sistemici	22
OBIETTIVO 5 – Pianificazione delle attività relativamente alle procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale	26
OBIETTIVO 6 – Modifica della procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell’applicativo T&T e modifica dell’applicativo T&T	27
OBIETTIVO 7 – Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso	30
OBIETTIVO 9 – Pianificazione delle attività relativamente al controllo delle società partecipate	31
OBIETTIVO 10 – Pianificazione delle attività relativamente alla rete di Audit interno ...	33
2. Comunicazione – Relazioni esterne	33
3. Gestione di pratiche aperte da Orac a seguito di segnalazioni	37
4. Considerazioni conclusive	39

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (ORAC)

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

Secondo 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 secondo 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 secondo 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. 9.

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 (ORAC) si pronuncia per contribuire efficacemente al buon funzionamento dell'amministrazione regionale, interna ed esterna, contro la *maladministration*. Il fine ultimo è quello di condurre l'universo degli enti del Sistema Regionale verso un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa in ottica 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**".

Nelle ultime relazioni semestrali, cui si rimanda, si è dato conto dell'esito del monitoraggio aggiornato a tutto il 2022. Le risultanze del monitoraggio sono state illustrate dal Presidente Orac al Comitato Direttori generali e centrali nella prima riunione della presente consiliatura. Nel corso del 2022 l'Organismo ha formulato 149 indicazioni rivolte all'Amministrazione regionale e agli enti del sistema, di cui 4 suggerimenti e **145 raccomandazioni**.

Ad oggi le raccomandazioni adempite (123) sono pari all'85%, l'aggiornamento del monitoraggio con i dati relativi all'anno 2023 sarà definito nei primi mesi del 2024.

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

L'azione di ORAC è da subito consistita nel praticare l'"indipendenza" affermata a livello normativo e nel coniugarla 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). Tale azione 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 PNRR, l'Organismo 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, dello 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, 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 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 PNRR, 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 provvedimentali 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.
- sub c) gli interventi ricompresi nell'ambito della Missione 5, Componente 2, Investimento 2.3, ascrivibili al progetto “Programma innovativo per la qualità dell'abitare – PinQua” (M5C2 investimento 2.3) - inviato alla Direzione Generale Casa e Housing Sociale
- sub d) il funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. nelle procedure di gara per l'aggiudicazione degli appalti rivolto ad ARIA Spa, che svolge funzioni di Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore a favore di Regione Lombardia e degli Enti del Sistema Regionale di cui alla Legge Regionale 27 dicembre 2006, n. 30.

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 e Trasparenza 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.
- ai finanziamenti rientrati nella Missione 5C2, investimento 2.3, “Programma innovativo per la qualità dell’abitare – PinQua” – inviato a maggio 2023 alla Direzione Generale Casa e Housing Sociale
- al funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. nelle procedure di gara per l’aggiudicazione degli appalti in quanto ARIA svolge funzioni di Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore (Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33; D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50) a favore della Regione Lombardia e degli Enti del Sistema Regionale di cui alla Legge Regionale 27 dicembre 2006, n. 30 – inviato ad ottobre 2023

Il traguardo ipotizzato attraverso la somministrazione dei questionari 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 stato accompagnato da un’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 dell’Appendice inviata ai compilatori si specifica che il questionario è suddiviso in una pluralità di 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, 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.

Con riferimento alla **Missione 5C2, investimento 2.3**, “Programma innovativo per la qualità dell'abitare – PinQua” si è tenuto conto della Deliberazione n. XI/6064 del 7 marzo 2022 e del Decreto n. 10667 del 13 luglio 2023. Il relativo questionario è stato destinato all'ALER di Varese, Como, Monza Brianza e Busto Arsizio, all'ALER di Pavia e Lodi e all'ALER di Milano individuate come soggetti attuatori esterni (Attuatori di II livello).

Inoltre, occorre considerare che, anche grazie all'impulso dato dell'ORAC con la somministrazione del questionario, la Direzione Generale Casa e Housing Sociale ha adottato un primo decreto - avente ad oggetto: “Approvazione delle linee guida per l'attuazione degli interventi finanziati a regione Lombardia”, in data 13 luglio. Le linee guida nascono con lo scopo di:

- Illustrare i principali flussi procedurali inerenti alle fasi di attuazione del Programma e richiamare l'attenzione su elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità
- Individuare i diversi livelli di competenza fra le Strutture coinvolte in conformità con quanto previsto dalla normativa comunitaria e nazionale.

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 provvedimenti dello Stato, è stata data specifica indicazione in apposito riquadro.

L'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, tutti i soggetti interpellati hanno restituito i questionari compilati, ivi compresa ARIA SPA cui il questionario è stato somministrato in corso d'opera, in considerazione delle funzioni ad essa attribuite per le fasi di affidamento dei lavori e servizi e, in alcuni casi, anche per la fase di esecuzione.

Rispetto ai quattro questionari somministrati, le informazioni raccolte e analizzate nel corso del secondo semestre 2023 consentono di delineare un quadro sostanzialmente positivo, con alcuni ambiti di miglioramento in relazione ai quali si rimanda alla delibera n. 8 del 11 dicembre 2023 in allegato alla presente Relazione. La delibera formula alcune raccomandazioni già veicolate ai soggetti competenti.

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 sul Sistema dei Controlli 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 mossa l'attività del Tavolo di Lavoro sul Sistema dei Controlli Interni alla P.A. 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 ha consentito 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.

Nel 2023, gli esiti del lavoro sono stati deliberati da Orac (Cfr. delibera n. 9/2023 allegata alla presente relazione) ed in sintesi hanno evidenziato:

- L'importanza di consolidare il metodo dell'autovalutazione mediante la somministrazione di questionari agli enti del SiReg quale modalità operativa sistematica e non occasionale
- La necessità che i vertici aziendali siano consapevoli dell'importanza di un sistema controllo e gestione che sia coerente con la normativa vigente oltreché efficace, performante e basato su parametri oggettivi

- La generalizzata proattività degli enti coinvolti nel fornire riscontro che, spesso, si è tradotto in informazioni di dettaglio ed argomentazioni rispetto alle scelte effettuate
- La presenza di alcune criticità rispetto agli adempimenti richiesti dalla legge ed alla coerenza con best practices generalmente condivise.

La raccomandazione a cui perviene l'Organismo è relativa al *metodo* con cui gli enti gestiscono il sistema di controllo e gestione. Nello specifico, l'auspicio è che in seguito all'autovalutazione effettuata, gli enti del SiReg compiano un esame critico dei risultati teso alla realizzazione di un piano di azione per colmare i gap evidenziati.

A livello operativo, tale compito spetta ai vertici aziendali, in coordinamento e raccordo con soggetti deputati alle attività di controllo. Infine, si auspica altresì che il piano di azione sia corroborato da alcuni elementi ritenuti fondamentali per l'efficacia e l'effettività del piano stesso, tra questi (i) tempi certi (ii) indicazione degli owner per ogni azione prevista (iii) pianificazione delle successive fasi di monitoraggio.

• **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 2023 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.

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.

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 e Trasparenza 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.

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.

Nel mese di ottobre 2023, si è svolto un evento formativo sull'antiriciclaggio in collaborazione con la Guardia di Finanza in forza del Protocollo d'Intesa con Regione Lombardia relativo ai rapporti di collaborazione per il contrasto alle frodi nell'utilizzo delle risorse pubbliche. L'intervento si è concentrato su temi volti a garantire la tracciabilità delle spese e consentire, quindi, in un processo di controllo incrociato, la verifica in itinere dei possibili casi di frode, corruzione, conflitto di interessi e di doppio finanziamento, prevedendo specifici adempimenti espletati attraverso il supporto di idonei strumenti amministrativi e informatici messi a disposizione dalla normativa nazionale. In particolare, sono stati analizzati:

- (i) Il codice unico di Progetto (CUP)
- (ii) Il codice identificativo di gara (CIG)
- (iii) Conti correnti dedicati

(iv) La fatturazione elettronica

Infine, durante il mese di novembre 2023 è stata avviata una collaborazione specifica ai sensi dell'art. 4 del succitato Protocollo di Intesa avente ad oggetto l'elaborazione, la condivisione e l'impiego di indicatori di rischio relativi all'utilizzo delle risorse derivanti dal PNRR nel settore degli appalti pubblici e nel contesto dell'erogazione di incentivi alle imprese lombarde. È intenzione dell'Organismo proseguire tale attività nel corso del prossimo anno, in raccordo con l'UO Sistema dei controlli, prevenzione della Corruzione e Trasparenza di Regione Lombardia.

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

Nel 2023 è proseguito il fruttuoso rapporto di collaborazione con il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia. In particolare, è stata concertata un'azione di presidio congiunto sull'attività di verifica straordinaria delle fidejussioni, già avviata in precedenza 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).

Orac e il Collegio dei Revisori hanno ritenuto opportuno richiamare l'attenzione sul tema del corretto monitoraggio delle garanzie fidejussorie ad ulteriori enti del sistema regionale (ex l. r. 30 del 2006) il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia, selezionando un campione di soggetti più rilevanti rispetto alla totalità dei soggetti che compongono il SiReg. Si è deciso quindi di coinvolgere nelle verifiche straordinarie anche il Sistema Sanitario Lombardo (ATS, AREU, ASST, IRCCS) e le ALER, per un totale di 46 enti.

L'attività congiunta del Collegio dei Revisori ed ORAC si è basata su una check list declinata in 19 punti, strutturata in 3 tipologie di verifiche sulle garanzie - rilasciante; contraffazione ed idoneità; solvibilità, conservazione e svincolo. Con 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 fidejussioni”* si è dato evidenza dell'attività svolta analizzando vizi e virtù.

Successivamente, al fine di verificare e monitorare l'avanzamento verso gli standard richiesti sul tema del monitoraggio delle fidejussioni stipulate è stata disposta, come pianificato, l'effettuazione di una fase di follow-up. A tal fine, nel maggio 2023 è stata trasmessa agli enti una nuova richiesta a firma congiunta del Presidente ORAC e del Presidente del Collegio avente ad oggetto il *“Controllo e monitoraggio delle garanzie fidejussorie degli enti SIREG – follow – up 2023”*, corredata da una check list alla quale gli enti destinatari hanno fornito un riscontro.

Mediante l'attuazione del “*follow-up*” condotto dall'Organismo e dal Collegio dei Revisori dei Conti, si è mirato a verificare il recepimento di quanto già suggerito agli enti SiReg con la Deliberazione n. 17 del 21 novembre 2022.

L'attività avviata da ORAC e il Collegio dei Revisori dei Conti è confluita nella Deliberazione n. 7/2023 del 11 dicembre 2023 (allegata alla presente Relazione) con lo scopo di sensibilizzare ulteriormente gli enti sul tema del monitoraggio continuo e della messa in campo di controlli periodici. Il fine ultimo è quello di mitigare i rischi sottesi alle criticità individuate ed aumentare l'efficacia dei controlli disposti in merito al tema delle garanzie fideiussorie stipulate a favore delle istituzioni pubbliche.

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.

Durante il mese di dicembre 2023 è stato organizzato un incontro tra Orac e Anac, che si annovera tra le attività di formazione tese ad incentivare la semplificazione degli adempimenti in tema di trasparenza mediante l'utilizzo delle tecnologie degli applicativi informatici. In tal senso, con specifico riferimento agli approfondimenti presentati a cura di ANAC, si vuole menzionare la trattazione di due tematiche di primaria importanza: la Piattaforma Unica Trasparenza ed il Servizio di *analytics* del Portale dei dati aperti della BDNCP (*Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici*), da intendersi quali strumenti operativi che consentono di realizzare digitalizzazione e trasparenza in un settore notoriamente *a rischio* come quello degli appalti. A sua volta, Orac ha presentato gli avanzamenti del lavoro di affinamento di uno strumento di business intelligence condotto in collaborazione con l'università di Pavia e Polis in relazione al tema dei contratti pubblici.

L'iniziativa in commento è espressione del costante raccordo che impegna le istituzioni coinvolte in virtù del Protocollo di intesa tra ANAC, Regione Lombardia e ORAC.

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 alle funzioni assegnate ad ORAC dall'art. 3, comma 1 lett. a) della legge istitutiva regionale n.13/2018 – “*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*” - l'Organismo ha sviluppato sin dal 2020 un articolato lavoro di approfondimento del sistema dei controlli interni, al fine di affinare la conoscenza, fornire indicazioni metodologiche per il miglioramento, seguirne la concreta attuazione ed effettuare focus specifici sul funzionamento di singoli punti.

Uno degli ambiti di analisi, riferito a singoli punti del SCI, ha riguardato l'esame del disegno dei controlli svolti dalla Direzione Casa e Housing Sociale nei confronti delle ALER. Tale attività, sviluppata, nel corso del 2022, da ORAC, in collaborazione con funzione Audit, ha visto una ricognizione normativa a cui hanno fatto seguito specifiche audizioni.

In fase preliminare l'Organismo si è avvalso degli esiti degli audit svolti dalla Funzione Audit Regionale che hanno evidenziato alcune criticità sui sistemi di gestione e controllo, sull'osservanza degli adempimenti dettati dalle Direttive regionali a carico delle ALER e degli obblighi di trasparenza e pubblicazione degli atti previsti dall'ANAC.

Nello specifico gli Audit sulle ALER hanno fatto emergere importanti margini di miglioramento del sistema di controllo interno sia per quanto riguarda l'indipendenza del Responsabile Internal Audit che riguardo l'osservanza degli adempimenti definiti dalle Direttive annuali emanate dalla Direzione Generale Casa e Housing sociale.

Considerata l'attenzione che ORAC ha posto in relazione alle ALER, sia attraverso l'emanazione di raccomandazioni contenute nella deliberazione ORAC n.15/2020, e sia nel corso del 2022 attraverso cicli di incontri, iniziati nel 2021, con i Responsabili Internal Audit (RIA) della Rete IA (Enti/Società di cui all'Allegato A1 della Legge 30/2006) e con il coinvolgimento delle Direzioni Generali di riferimento, ovvero la DG Casa e Housing Sociale (per le ALER) e la DG Welfare (per gli Enti del sistema sanitario), si è ritenuto quindi opportuno focalizzare l'esame del disegno dei controlli previsti in capo al sul Centro Unico di Vigilanza e Controllo (CUVC) presso la DG Casa e housing sociale e sulla sua attività di vigilanza e controllo nei confronti delle ALER.

A tal fine nel luglio 2022, si è tenuta un'audizione con il DG Casa e Housing sociale, il Dirigente UO Sistema regionale dei Servizi abitativi, la Dirigente Struttura Sostenibilità del Sistema abitativo e la EQ Controllo sulla Gestione e Performance delle ALER, nella quale è stata descritta l'attività di vigilanza della Direzione nei confronti delle ALER sottolineando la natura giuridica di "enti pubblici economici" ed evidenziando che la stessa si esplica sostanzialmente attraverso il monitoraggio da parte della struttura citata del debito informativo a carico delle ALER contenuto nelle Direttive annuali regionali per le Aziende stesse. Come strumento per tale attività la Direzione regionale utilizza una mappatura delle attività di vigilanza, approvata con l'Allegato B del Decreto 2524 del 28/02/2022 – "Direttive alle Aziende Lombarde per l'edilizia Residenziale (ALER) Anno 2022 (D.G.R. 5619 Del 30/11/2021) - Pianificazione Attività di Vigilanza sulle ALER per l'anno 2022".

A gennaio 2023, inoltre, si è svolto un ulteriore incontro di approfondimento con la Direzione Generale Casa volto ad acquisire informazioni più specifiche riguardo ai controlli messi in atto dalla Funzione preposta relativamente al flusso documentale trasmesso dalle ALER in ottemperanza agli obblighi previsti dalle Direttive regionali.

Nel corso dell'audizione la DG Casa ha illustrato il proprio compito principale che consiste nel verificare l'applicazione delle Direttive regionali adottate dalla Direzione, che devono essere ottemperate da parte delle ALER.

Ha inoltre specificato che, per la verifica del corretto adempimento degli obblighi da parte delle ALER, è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato che esegue una mirata attività di analisi dei documenti forniti dalle Aziende, in modo da monitorare efficacemente il debito informativo posto a carico di queste ultime, sopperendo alla mancanza di titolarità da parte della Regione di poteri sanzionatori nei confronti di tali enti che, per la loro natura di ente pubblico economico, sono dotati di prerogative di indipendenza e di autonomia gestionale. L'attività di analisi si estende anche ai documenti prodotti dal Collegio sindacale e dagli Organismi di Vigilanza (OdV), presenti all'interno delle ALER, per avere un primo riscontro sulle eventuali criticità riscontrate a cui segue un coinvolgimento con la Direzione per definire le successive attività da svolgere.

Sul tema dell'attività di monitoraggio e controllo, la DG Casa ha specificato che nell'ultimo biennio è intervenuta una modifica organizzativa che non ha più confermato, a livello di Direttive, il CUVC (Centro Unico di Vigilanza e Controllo) posto all'interno della Direzione, quale livello centralizzato dei controlli, ma assegnando il presidio ai singoli funzionari che si occupano, così, del monitoraggio puntuale degli adempimenti. Per l'altro verso lo strumento delle Direttive è stato integrato dai Piani di controllo - che la DG Casa adotta con lo stesso decreto di approvazione delle Direttive - per effettuare ulteriori controlli rispetto a quelli stabiliti dalle Direttive su temi individuati nel corso dell'anno ed evidenziati come criticità da altri organi regionali di controllo, quali la Funzione Audit, i Revisori dei Conti e ORAC. Ad esempio, è stato riferito quale ambito di presidio inserito nel piano dei controlli il tema dei rimborsi spese per le missioni dei Presidenti delle ALER, che era stato rilevato nel Report di Audit di un ALER.

Sono stati delineati, altresì, i principali punti del Decreto n. 2524 del 28/02/2022 "Direttive alle Aziende Lombarde per l'edilizia Residenziale (ALER) Anno 2022 (D.G.R. 5619 del 30/11/2021) - Pianificazione Attività di Vigilanza sulle ALER per l'anno 2022", quali:

- attività di carattere ordinario, indicata nell'Allegato A del relativo decreto;
- osservazioni ai bilanci sia preventivo che consuntivo;

- performance delle ALER (essenzialmente temi di carattere economico-finanziario);
- sintesi di quello che è emerso rispetto alle Direttive;
- mappatura delle attività di vigilanza sulle Direttive regionali, contenuta nell'Allegato B.

Sul tema del monitoraggio dei flussi documentali inviati dalle ALER in adempimento delle Direttive la DG Casa ha evidenziato che viene predisposta un'analisi di tematiche rinvenibili in più ALER, in modo da ottenere una relazione di "benchmark" utile anche per gli organi di controllo di terzo livello. Questa relazione può essere utile per avere degli indici di rischiosità delle varie ALER. Obiettivo della DG Casa è di focalizzare l'attività su macro-temi e macro-risultati concentrando gli affondi su specifiche materie.

All'attività di gestione derivante dalle Direttive si affianca l'analisi dei bilanci delle ALER, per la quale la DG Casa ha attuato un metodo di controllo e di analisi dove vengono rilevati gli elementi principali e predisposta specifica reportistica:

- verifica in tema di "standard sul personale" se l'Azienda ha superato i livelli economici "di tetto", e richiesta di spiegazioni puntuali alla Direzione;
- richiesta all'Azienda di fornire osservazioni e/o precisazioni più puntuali;
- rapporto al Consiglio regionale che comprende un capitolo su tale ambito;
- comunicazione in Giunta dove vengono evidenziate le problematiche che sono emerse con le ALER presenti sul territorio.

ORAC nel prendere atto della descrizione dei compiti e delle attività peculiari della DG Casa, esprime apprezzamento per la scelta innovativa della Direzione nel dotarsi dello strumento della pianificazione dei controlli, evidenziata in una tabella di mappatura delle attività allegata al decreto che adotta le Direttive, in quanto rappresenta un metodo utile per rafforzare i presidi di controllo sulle aree individuate.

In riferimento all'attività di monitoraggio svolta sui documenti provenienti dagli organi interni alle ALER, quali ad esempio il Collegio sindacale e l'OdV, l'Organismo valuta positivamente il flusso documentale che avviene con la DG Casa ai fini dell'efficace controllo di situazioni critiche specifiche.

L'ORAC raccomanda di continuare a realizzare una costante condivisione della propria attività di monitoraggio sulle ALER, valorizzando gli esiti delle altre attività di

controllo, quali quelle dell'Internal Audit regionale del Collegio dei revisori e dell'OdV, costruendo un percorso comune per migliorare il sistema di verifica.

Propone inoltre di avvalersi della competenza dei Responsabili Internal Auditor (RIA) presenti nelle ALER per rafforzare il controllo su aree di rischio rilevanti emerse dall'attività di altre funzioni di controllo.

Suggerisce infine, in riferimento alla mappatura dell'attività di controllo della DG Casa già citata, di integrare la tabella con gli esiti dei Follow up svolti sulle singole aree attenzionate, in modo da avere uno strumento sempre aggiornato per il monitoraggio degli adempimenti effettuati da parte delle Aziende.

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

La rielaborazione dei contenuti delle audizioni dei vertici amministrativi dei nove enti campionati (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) ha consentito di approfondire gli elementi di conoscenza acquisiti con i due questionari somministrati nel 2020 e 2021, di consolidare gli indirizzi forniti con la deliberazione n. 23/2021, che mantengono la loro attualità e in parte hanno ricevuto attuazione, e di affinarli e integrarli con ulteriori indicazioni di seguito esposte.

A chiusura di questo obiettivo, è opportuno svolgere sia considerazioni di metodo che di merito.

Circa il metodo, è bene rammentare che proprio in occasione della crisi pandemica ha avuto inizio l'impiego da parte di Orac dello strumento del questionario di autovalutazione, particolarmente adatto al metodo della vigilanza collaborativa cui l'organismo ha improntato la propria azione.

Le audizioni svolte hanno confermato l'utilità dello strumento; da più fronti è emerso come il questionario abbia contribuito:

1. a focalizzare maggiormente l'attenzione dei vertici amministrativi sul corretto disegno di un sistema di controllo interno, sulla valenza strategica del sistema di controllo a supporto del raggiungimento degli obiettivi dell'ente;
2. ad analizzare criticamente l'assetto interno e a investire risorse ed energie per colmare lacune, impostare azioni di miglioramento e consolidare i punti di forza.

Orac ha colto con favore questi segnali positivi e ha conseguentemente esteso l'utilizzo dello strumento ad altri campi di azione.

Basti pensare a due esempi:

- a. Il questionario recentemente somministrato agli enti Sireg per promuovere l'autovalutazione del grado di maturità dei propri sistemi di controllo secondo il framework C.O.S.O. Si tratta, con tutta evidenza, della evoluzione e messa a regime dello strumento che, partendo dall'esperienza condotta in periodo pandemico (dei questionari del 2020 e 2021), sfruttando modelli tipici del management privato, ha lo scopo di promuovere un monitoraggio periodico della funzionalità dei sistemi di controllo interno. In altra parte della relazione si dà conto degli esiti di questa operazione condotta nell'ambito della collaborazione scientifica tra Regione, Orac, l'Università Bicocca e Protiviti;
- b. i questionari somministrati ai soggetti attuatori delle misure PNRR previste in capo a Regione per sensibilizzare rispetto alla definizione di efficaci sistemi di gestione e controllo. In altra parte della Relazione si offre ampia evidenza dei risultati.

Venendo al merito, le audizioni condotte hanno evidenziato, in sintesi:

1. un buon grado di recepimento delle raccomandazioni Orac in tema di donazioni; diversi enti auditi hanno affermato di aver apprezzato le linee guida emanate da Orac e di aver dato seguito alle raccomandazioni formulate (a conferma dei risultati emersi dal lavoro di monitoraggio interno sul grado di attuazione delle raccomandazioni).
2. Crescente consapevolezza dell'importanza da riservare, nel disegno del modello organizzativo, ad un efficiente sistema di controllo interno, cui dedicare strutture adeguate e personale specializzato; diversi enti auditi hanno colto l'occasione dei questionari per rivedere il proprio sistema interno di controllo anche alla luce delle indicazioni che, su stimolo di Orac, la Giunta regionale ha dettato nelle linee guida settoriali (regole di sistema e indirizzi per la predisposizione dei POAS quanto al comparto sanitario);
3. L'avvertita esigenza di incrementare i momenti di coordinamento interno tra le diverse strutture dedicate ai controlli, favorendo un approccio integrato dalla gestione dei rischi e un adeguato sistema di flussi informativi;
4. Il generale riconoscimento dell'importanza di curare la formazione in materia di controlli e di consolidamento della cultura dell'etica e di completare l'apparato regolatorio interno in materia di controlli in senso lato, rendendolo sempre più adeguato e mirato ai bisogni delle singole amministrazioni; si pensi ad es alle recenti modifiche della normativa statale che richiedono un adeguamento della disciplina aziendale sul whistleblowing e quella relativa ai codici di comportamento;
5. La consapevolezza di dover affrontare la sfida derivante dalla gestione dei ondi PNRR adattando le modalità di controllo alle esigenze poste dalle regole europee.

L'organismo, in conclusione, ritiene di:

- i. confermare, sul piano del metodo, la bontà dello strumento dei questionari di autodiagnosi, già utilizzati in altri campi di azione e da riproporre in futuro e con sistematicità per accompagnare la crescita complessiva dell'adeguatezza dei sistemi di controllo interno degli enti del sistema.
- ii. Raccomandare agli enti del sistema di avviare, per quelli che non lo abbiano già fatto, e proseguire per gli altri le azioni dirette a costruire sistemi di controllo integrati e pronti a cogliere i rischi emergenti; al riguardo gli indirizzi dettati dalla GR per le aziende sanitarie hanno offerto indicazioni al riguardo che diverse Aziende hanno colto mediante la costituzione di comitati di coordinamento dei controlli interni; altrettanto interessante è la costituzione, presso Finlombarda spa, di un comitato dei controlli che favorisce il confronto tra le diverse funzioni di controllo interne ed esterne e agevola la definizione di flussi informativi adeguati; l'altra società audita, Aria Spa, sta sperimentando un'altra forma organizzativa avente lo stesso scopo. Orac riserverà attenzione in futuro per valutare l'esito, i termini di efficacia, delle diverse soluzioni organizzative messe in campo;
- iii. Raccomandare agli enti del sistema di completare la revisione della disciplina interna nei diversi ambiti che riguardano i controlli. In particolare, adeguare prontamente alle recenti mutate normative statali la disciplina in materia di whistleblowing e di codice di comportamento assicurando una adeguata formazione e sensibilizzazione dei collaboratori;
- iv. Raccomandare agli enti del sistema che hanno un ruolo attivo nell'ambito della gestione dei fondi PNRR di adattare i propri sistemi di controllo alle esigenze poste dalla normativa europea e statale. Al riguardo, Orac sta operando con una azione di supporto ora in corso di cui si dà conto in altra parte della relazione;

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

Ai sensi dell'art. 3 comma 1 lett. b) della Legge Regionale n. 13 del 2018, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (O.R.A.C.) *“valuta, 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”*.

Pertanto, nel rispetto delle funzioni attribuite dalla legge istitutiva ad O.R.A.C., ed in continuità con l'anno precedente, è stato approvato con Deliberazione n. 27 del 13 dicembre 2021 l'Obiettivo 4 *"Pianificazione delle attività relativamente all'incidenza dei rischi sistemici"*. Il Gruppo di Lavoro dell'Organismo ha proseguito anche nell'anno corrente la valutazione dell'incidenza dei rischi sistematici, muovendo dall'analisi dei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli enti del SiReg coinvolti.

Per completezza si vuole ricordare che già nel 2021 era stato sviluppato un approfondimento di taluni profili critici emersi nel 2020, 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, era 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 che presentano la coesistenza di tali funzioni/uffici di prevenzione del rischio.

Il risultato di tale lavoro di approfondimento, contenuto 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), ha consentito di formulare una serie di raccomandazioni sia in tema di O.d.V. che in materia di anticorruzione e trasparenza. Nello specifico si è rimarcata l'esigenza 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 M.O.G., sia l'attività degli O.d.V. interni"*. Inoltre, ai fini dell'attività di monitoraggio si era raccomandata *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 OdV da questi ultimi nominati in caso di omessa o insufficiente vigilanza)*. Quanto al tema dell'anticorruzione e della trasparenza, si è raccomandata la promozione di iniziative volte ad assicurare (i) la pubblicazione di dati ed informazioni previste in materia di trasparenza (ii) un supporto adeguato di risorse umane al RPCT (iii) l'applicazione di misure relative in particolar modo al divieto di pantouflage ed al whistleblowing (iv) il monitoraggio costante ed adeguato del PTPCT. Infine, il quadro sinottico allegato al documento finale ha evidenziato il dettaglio dei rilievi critici e delle segnalazioni relative ad alcune disfunzioni proprie di specifiche realtà degli enti del SiReg.

Successivamente, nel corso del 2022, si è 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,

maggiori criticità (i.e. le ALER e le Fondazioni). Nello specifico, in continuità con le attività realizzate nel 2021, sono state svolte verifiche inerenti (i) alla coerenza dei M.O.G. rispetto al D.Lgs. n. 231/2001, (ii) alla concreta applicazione dei M.O.G. stessi e (iii) allo svolgimento dell'attività di controllo da parte degli O.d.V. I risultati delle analisi così sviluppate sono stati altresì raccordati con le risultanze delle indagini circa il presidio e l'attuazione dei PTPCT delle medesime aziende.

In seguito alla trasmissione delle raccomandazioni di cui alla menzionata Deliberazione n. 1 del 10 gennaio 2022, sono pervenuti diversi riscontri, seguiti da richieste documentali da parte di ORAC con particolare riferimento alla parte speciale del M.O.G. e alle relazioni annuali rassegnate dagli O.d.V. L'esito dell'analisi documentale, integrata con le relazioni dei RPCT e con le informazioni pubblicate nella sezione *Amministrazione Trasparente* degli enti coinvolti è profusamente illustrata all'interno della 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 Deliberazione n. 19 del 20 dicembre 2022. La Relazione, evidenziando un trasversale fenomeno di non ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 231/2001, si conclude ponendo in rilievo la persistente attualità e validità delle raccomandazioni già formulate nel documento finale succitato *"Il funzionamento dei sistemi di controllo interno degli enti del sistema regionale nella prevenzione dei rischi da reato - anno 2021"*¹.

Alla luce delle criticità emerse, l'attività dell'anno corrente si è posta in continuità con i precedenti anni, anche nell'ottica di agevolare un dialogo costruttivo tra gli enti coinvolti a vario titolo nei processi di vigilanza e controllo. Nello specifico, attraverso il contributo del Direttore della U.O. *Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza*, il Gruppo di Lavoro di O.R.A.C. si è confrontato sui temi precedentemente sintetizzati con la Direzione Generale Casa e Housing Sociale.

Il coinvolgimento della DG Casa e Housing Sociale è stato realizzato al fine di incrementare i flussi informativi intercorrenti tra tutti gli attori coinvolti nel sistema dei controlli circa i Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo: i Direttori Generali delle ALER competenti per la predisposizione della bozza di M.O.G., il Presidente delle ALER competente per l'emanazione del M.O.G., l'O.d.V. quale organo di controllo rispetto all'applicazione e all'aggiornamento del M.O.G. In tale contesto, il ruolo della DG Casa e Housing Sociale risulta di peculiare rilevanza nel verificare il rispetto

¹ Deliberazione n. 19 del 20 dicembre 2022, pagg. 28 e 29:

- la raccomandazione - formulata da questo Organismo nella Relazione finale del precedente anno di attività - di creare uno staff adeguatamente dotato di risorse umane specializzate e di mezzi operativi, per monitorare: 1) l'effettiva applicazione delle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001 da parte degli enti che si sono dotati di un modello di organizzazione e di gestione, 2) la composizione e l'attività degli Organismi di vigilanza dei suddetti enti, rimane di stringente attualità,

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

delle Direttive annuali emanate dalla Giunta di Regione Lombardia nei confronti delle ALER.

A seguito degli incontri svoltisi con la DG Casa e Housing sociale, 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" che, coerentemente con l'obiettivo di incentivare un concreto e collaborativo flusso di informazioni tra gli enti coinvolti, si riferisce esplicitamente al raccordo con le strutture che svolgono funzioni di vigilanza, precisando che: "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". Di talché, la vigilanza operata dalla DG Casa e Housing sociale sul corretto operato delle ALER ad oggi comprende – differentemente che in passato – anche i profili di rispetto delle indicazioni fornite dagli organismi di controllo e dall'ORAC. Coerentemente, 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. Quanto alle Direttive 2023, si è ritenuto di porre una peculiare attenzione verso i seguenti ambiti:

- indagini conoscitive sulle modalità di organizzazione delle ALER, con particolare riferimento alle UOG;
- verifica delle modalità di adozione degli atti di competenza del Presidente;
- controllo delle modalità di riscontro e di eventuale allineamento alle segnalazioni formulate da organi di controllo, sia di livello regionale che aziendale;
- follow-up dei controlli effettuati nel 2022.

Tra i segnali positivi riscontrati nel 2023 si vuole evidenziare che, coerentemente con le raccomandazioni suggerite da ORAC nel dicembre 2022, ALER Varese (provvedimenti del 24.01.2023):

- 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.

Sebbene permangano talune criticità già evidenziate dall'ORAC, si può rilevare qualche segnale nella direzione auspicata di adeguamento alle previsioni del d. lgs. n. 231 del 2001. Inoltre, con particolare riferimento agli O.d.V. di ALER BERGAMO, ALER MILANO e ALER VARESE – in relazione ai quali erano state evidenziate diverse lacune – sembrerebbe ravvisarsi una maggiore condivisione del flusso informativo utile ai fini dei controlli, che si pone in continuità con le raccomandazioni suggerite dall'ORAC. In tale direzione è da intendersi la notifica della Relazione del I semestre 2023 dell'O.d.V. dell'ALER Varese, Como, Monza Brianza, Busto Arsizio (pervenuta all'ORAC in data 20 novembre 2023) in cui, tra l'altro, si dichiara l'approvazione del nuovo M.O.G. nella sua parte generale oltretutto la redazione della bozza definitiva della parte speciale, l'effettuazione di audit conclusi senza criticità, la richiesta di archiviazione dell'indagine iniziata nell'ottobre 2021 da parte della Procura della Repubblica.

Pertanto, nel corso del secondo semestre 2023 si è riscontrato un seguito delle interlocuzioni precedenti che sembrerebbe indirizzarsi verso un percorso costruttivo che deve essere perseguito con sempre maggior efficacia per tutte le realtà interessate. A tal fine, si ritiene indispensabile la continuità nel dialogo tra gli O.d.V., le ALER e la Direzione Generale *Casa e Housing sociale* di Regione Lombardia.

In ogni caso, anche in considerazione dell'intenso lavoro svolto con la DG *Casa e Housing Sociale*, l'Organismo ritiene necessario richiamare l'attenzione delle ALER sull'importanza di dotarsi di MOG idonei, efficaci ed aggiornati; inoltre è altresì indispensabile che le ALER: 1) agevolino l'attività degli OdV, anche per quanto concerne i suggerimenti relativi all'introduzione di un sistema di reportistica periodica che tracci l'attività e gli esiti che conseguono dalla vigilanza e dal controllo; 2) controllino la continuità dell'attività di vigilanza degli O.d.V. trattandosi di funzioni/uffici nominati dai vertici dell'ente.

In merito all'obiettivo in commento, l'ORAC si riserva di proseguire nel corso del 2024 il monitoraggio delle raccomandazioni rivolte alle ALER e alle Fondazioni. Resta altresì confermato l'impegno di incentivare il dialogo costruttivo avviato tra gli enti interessati ed il raccordo tra l'ORAC e la DG *Casa e Housing Sociale* in ottica di integrazione e sinergia delle attività di controllo.

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

La l.r. 13 del 2018, all'articolo 3 comma 1 lett. c) conferisce all'Organismo la funzione di verifica rispetto alla conformità delle procedure d'acquisto della Giunta e degli enti del SiReg con i principi di buon andamento, imparzialità, economicità e

appropriatezza, con particolare riferimento alle procedure di acquisto effettuate nell'interesse del sistema sociosanitario lombardo. A tal fine l'Organismo raccoglie tutte le informazioni e i dati utili per valutare trasparenza, legalità, prevenzione e contrasto alla criminalità organizzata nell'intero iter procedimentale dei contratti stipulati dalla Giunta regionale e dagli enti del sistema regionale.

Nel corso del 2022 sono stati effettuati due approfondimenti che interessano gli enti del servizio sanitario regionale: uno dedicato agli appalti per lo smaltimento di rifiuti (Obiettivo 5A) e l'altro agli appalti relativi al servizio di assistenza specialistica odontoiatrica (Obiettivo 5B).

L'attività di approfondimento svolta dall'Organismo è proficuamente descritta nella Seconda Relazione Semestrale per l'anno 2022 a cui si rimanda per ulteriori specificazioni. Ai fini del presente documento è opportuno rilevare che nel corso del 2023 l'Organismo ha provveduto ad effettuare il monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni suggerite ad esito degli approfondimenti svolti in merito all'Obiettivo 5A e all'Obiettivo 5B, notificate rispettivamente in data 26 agosto 2022 e 13 aprile 2023.

Sono in corso di analisi le risposte pervenute in merito all'Obiettivo 5A e 5B, l'attività verrà rendicontata nel corso del primo semestre 2024.

Infine, è opportuno precisare che l'Organismo ha preso atto delle novità introdotte con il Decreto Legislativo n. 36 del 31 marzo 2023 istitutivo del nuovo Codice dei contratti pubblici, in relazione al quale verrà orientata l'attività di controllo delle procedure di acquisto della Giunta e degli enti del SiReg.

OBIETTIVO 6 – Modifica della procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T e modifica dell'applicativo T&T

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 secondo semestre del 2023, il monitoraggio dei risultati dell'applicazione delle T&T, verificando l'utilizzo della clausola T&T e dell'applicativo da parte degli uffici della Giunta regionale e degli 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. Ulteriori rilasci di aggiornamento sono stati effettuati in data 11 ottobre 2023 e 12 dicembre 2023.

Nel secondo 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 15 novembre 2023, data di estrazione dei dati al fine del presente monitoraggio, risultano pubblicati 6.068 contratti stipulati da 42 Enti Sireg per un importo complessivo di 10.340.880.358,89 euro, così ripartiti: 234 contratti di Lavori per un importo complessivo di 692.582.445,96 euro, 717 contratti di Servizi per un importo complessivo di 2.886.720.298,94 euro e 5.117 contratti di Forniture per un importo complessivo di 6.761.577.613,99 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 6.068 contratti 278 sono degli ENTI DIPENDENTI - per un importo totale di 10.308.394,03 euro -, 14 delle SOCIETÀ PARTECIPATE IN MODO TOTALITARIO - per un importo di 394.990.850,50 euro -, 5.611 degli ENTI SANITARI - per un importo totale di 9.705.891.940,95 euro -, 150 degli ENTI PUBBLICI (ALER) - per un importo totale di 81.024.937,15 euro - e 15 degli ENTI PUBBLICI (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali) - per un importo totale di 148.664.236,26 euro.

Dall'analisi dei subcontratti effettuata nel primo semestre 2023 erano state riscontrate tre anomalie. La prima era relativa a undici subcontratti collegati a un contratto principale della GIUNTA regionale. La seconda era relativa a sei subcontratti collegati a tre contratti degli ENTI PUBBLICI (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali). La terza era relativa a sei subcontratti collegati a tre contratti degli ENTI DIPENDENTI. Tutte le anomalie sono state oggetto di approfondimento. Per quanto riguarda la prima, le forniture sono da ricondurre all'art. 105 comma 3 lettera c-bis e non all'art. 105 comma 2 dell'allora vigente codice dei contratti d.lgs. 50/2016. Pertanto, non dovevano essere inserite nell'applicativo. Per quanto concerne la seconda e la terza anomalia, il contratto principale risultava pubblicato mentre non lo erano i sub contratti. Oggi questi ultimi risultano pubblicati pertanto le anomalie sono superate.

Nell'applicativo risultano quindi pubblicati 88 subcontratti ex art. 119 comma 2 del d.lgs. 36/2023, collegati a 39 dei 6.068 contratti, per un importo totale di 1.400.742,40 euro.

Di questi 88 subcontratti 52 sono collegati a contratti di Lavori per un importo complessivo di 729.617,80 euro, 31 sono collegati a contratti di Servizi per un importo complessivo di 567.346,38 euro e 5 sono collegati a contratti di Forniture per un importo complessivo di 103.778,22 euro.

Inoltre, di questi 88 subcontratti, 3 sono collegati a contratti degli ENTI DIPENDENTI per un importo totale di 50.000,00 euro, 51 sono collegati a contratti degli ENTI SANITARI per un importo totale di 646.146,42 euro, 28 sono collegati a contratti degli ENTI PUBBLICI (ALER) per un importo totale di 614.482,76 euro e 6 sono collegati a contratti degli ENTI PUBBLICI (ConSORZI di bonifica, Enti Parco regionali) per un importo totale di 90.113,22 euro.

La responsabile della U.O. Acquisti SSR e Innovazione tecnologica della Direzione Generale Welfare ha rappresentato l'opportunità di individuare un percorso idoneo alla risoluzione di alcune criticità applicative della disciplina relativa alla trasparenza e tracciabilità (T&T) manifestate dai Coordinatori dei Consorzi CAESP MILANO, UNIONE ASST: ATS Insubria – Montagna, UNIONE ATS, UNIONE ASST: ATS Brianza – Pavia, UNIONE ASST: ATS Bergamo – Brescia – Valpadana (la nota relativa è conservata agli atti).

La tematica è stata affrontata dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo che, a seguito di un'attività istruttoria, si è espresso sull'argomento con deliberazione n. 6 del 11 dicembre 2023 avente ad oggetto: "Approvazione del documento "Modifica della procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T e modifica dell'applicativo T&T" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 6 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo".

In particolare, è stata accolta una proposta dei Coordinatori dei Consorzi e sono state proposte modifiche all'applicativo T&T.

È stato inoltre deliberato di inserire nel piano di attività 2024 l'approfondimento delle restanti richieste che attengono al rapporto tra la clausola T&T e il nuovo contesto normativo statale (codice appalti e digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti attraverso la banca dati unica in fase di realizzazione).

In data 5 dicembre 2023, 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 – Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso

Dando seguito a quanto previsto nel Piano di Attività, ORAC ha approvato un documento sul sistema sanitario lombardo (Deliberazione n. 10/2023 ivi allegata).

In relazione all'obiettivo 7 del Piano di Attività dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, annualità di riferimento 2023, avente ad oggetto la pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti – art. 3 comma 1 lett. e) 13/2018, è stato effettuato un approfondimento riguardante da un lato l'autorizzazione e l'accreditamento dall'altro ci si è concentrati sull'analisi del boarding in Pronto Soccorso.

La metodologia di analisi del Gruppo di Lavoro è stata volta ad individuare un idoneo strumento utile per arginare e combattere i rischi connessi al fenomeno

dell'accreditamento che si riflette sull'erogazione delle prestazioni e dei servizi, ma al tempo stesso anche in ottica economico-finanziaria.

La disamina dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo ha riguardato il fenomeno del "boarding" in pronto soccorso, ovvero lo stazionamento dei pazienti in attesa di ricovero, e proporre un progetto innovativo per ottimizzarlo.

In particolar modo, ci si è soffermati sulla descrizione generale del pronto soccorso, l'organizzazione, il funzionamento e le diverse realtà su scala nazionale e regionale. Il prosieguo dell'attività è stato finalizzato alla caratterizzazione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dunque ad una descrizione del fenomeno, nazionale e regionale, con una particolare attenzione per la Lombardia.

Come usuale, il documento si conclude con l'individuazione di ipotesi migliorative che Regione Lombardia possa mettere in campo al fine di arginare il fenomeno del "boarding" e trovare soluzioni concrete all'accreditamento che si riflette sul sistema sociosanitario lombardo.

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

L'Obiettivo n. 9 è diretto alla verifica di idoneità ed efficacia dell'attività di controllo analogo sulle società partecipate dalla Regione.

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

Sulla trattazione del primo approfondimento si rimanda al paragrafo *Collaborazione con il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia (Cfr. OBIETTIVO 2.2, supra)*.

Quanto alla disciplina del controllo analogo invece, nel corso di un'audizione, il Direttore di Funzione Specialistica della Unità Organizzativa *Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg* (incardinata presso la Direzione Centrale *Affari Istituzionali, Generali e Società Partecipate*) ha illustrato le principali innovazioni, facendo presente l'avvenuto adeguamento alle novità legislative nel frattempo intervenute oltreché alle linee guida ANAC – le quali prevedono la seguente articolazione tripartita del controllo analogo: controllo preventivo, controllo concomitante e controllo successivo.

Rispetto al modello di controllo analogo indicato dalla Corte dei conti (i.e. un'unica articolazione regionale competente per l'esercizio del controllo) l'attuale

modello organizzativo prevede un controllo diffuso e distribuito nei diversi uffici regionali, ove la U.O. *Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg* funge da raccordo con tutti gli uffici che si occupano di controllo in generale su enti e società, con peculiare attenzione rispetto al controllo analogo.

Con la D.G.R. XI/6520 del 20 giugno 2022, la Giunta ha approvato la “Nuova disciplina del controllo analogo sulle società in house di Regione Lombardia”, a seguito della presa d'atto da parte dell'ORAC.

La nuova disciplina accentua la necessità di perseguire e potenziare il raccordo tra gli attori interessati ai controlli, in particolare l'U.O. *Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg* e l'ORAC.

In seguito alle interlocuzioni intercorse tra i soggetti a vario titolo interessati, si rileva come l'attività della U.O. *Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg* in tema di controllo analogo abbia avuto nel corso del 2023 due focus principali: il contributo di funzionamento ed i verbali degli organi di controllo.

Inoltre, è stato sottolineato che, diversamente dalla prassi invalsa precedentemente, quest'anno la Giunta ha disposto la presa d'atto sull'andamento dei flussi di controllo con una Delibera “autonoma” rispetto allo stato di avanzamento del Programma Regionale di Sviluppo (DGR n. XII/767 del 31 luglio 2023). Questa, nello specifico, ha approvato gli esiti del monitoraggio del controllo analogo sulle società in house di Regione Lombardia per l'annualità 2022. Per completezza si precisa che tale monitoraggio è finalizzato a (i) fornire una visione di sintesi circa il corretto governo delle società (ii) evidenziare gli eventuali elementi critici rilevati (iii) attivare il meccanismo di verifica dell'azione intrapresa dalla società in house, prevedendo, in caso di inadempimento rilevante, l'assunzione dei provvedimenti di scioglimento o revoca degli organi di amministrazione degli enti.

Dall'interlocuzione con l'U.O. è emerso altresì che per dare contezza dell'esercizio del controllo analogo è stato adottato un sistema di certificazione dei flussi informativi, già verificati negli anni precedenti.

Inoltre, viene fatto presente che l'attività di controllo diretta della U.O. è stata ampliata alle Fondazioni regionali facenti parte del SiREG. In merito, è opportuno precisare che le Fondazioni coinvolte, sono tenute ad inviare tempestivamente i verbali degli organi di controllo interno alla U.O. che, qualora riscontri delle criticità sulla scorta del controllo diffuso, può darne comunicazione agli uffici regionali competenti “ratione materiae”, in modo da poter avviare una mirata attività di controllo specifico. Tale approccio appare coerente con il disegno organizzativo sul controllo di enti e società che prevede un controllo diffuso in base al quale ogni ufficio competente “ratione materiae” svolge la propria parte dei controlli sui relativi enti del SiREG.

Sul punto, per quanto concerne il raccordo con la Corte dei conti, preme sottolineare che – nonostante le divergenze sul modello di controllo analogo accentrato o diffuso da adottare – la succitata estensione del controllo dei verbali degli organi di controllo alle Fondazioni del SIREG si pone in continuità con l'adeguamento di Regione rispetto alle osservazioni notificate dalla Corte a seguito dell'esame della *Relazione annuale sul Sistema dei Controlli Interni e sui Controlli effettuati nel 2021*, da cui emerge, tra gli altri, l'invito a strutturare adeguatamente i controlli sugli enti del SiReg.

Nello specifico, l'ORAC in raccordo con la U.O. *Sistema dei controlli, prevenzione della Corruzione e Trasparenza* ha avviato nel corso del 2023 interlocuzioni e confronti con le Direzioni interessate, il cui esito ha condotto ad un maggiore livello di adeguamento rispetto alle osservazioni della Corte sul Sistema dei controlli interni – come dimostra altresì la ricostituzione della Cabina di regia interassessorile per il riordino e la riorganizzazione degli enti del sistema, disposta con deliberazione n. XII/1214 del 30.10.2023.

L'ORAC, in relazione agli avanzamenti rappresentati dalla UO *Presidio e coordinamento delle funzioni inerenti al Sireg*, ritiene opportuno che i flussi informativi in entrata ed uscita siano mantenuti e rafforzati, anche al fine di consentire il coordinamento operato dalla U.O., soprattutto con riferimento al controllo analogo.

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. È 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.

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 rappresentano una base di partenza per individuare e condividere con la rete IA best practice e strumenti di lavoro utili per lo svolgimento delle attività.

Alla luce delle risultanze emerse l'Organismo ha raccomandato ai Responsabili Internal Audit e alle Direzioni Generali dei singoli Enti un'attenta valutazione (i) dell'attuale configurazione della Funzione *Internal Audit* e (ii) della coerenza con la normativa interna di riferimento – in termini di collocazione organizzativa, indipendenza, obiettività, sistematicità nello svolgimento delle attività di IA, adeguatezza delle risorse e delle competenze – verificando altresì 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 individuare adeguate soluzioni organizzative e adottare i relativi provvedimenti.

2. Comunicazione – Relazioni esterne

Comunicazione – Sito web

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

Complessivamente ad oggi sono stati pubblicati:

- 55 deliberazioni
- 132 ordini del giorno e sintesi delle riunioni
- 5 Piani Annuali
- 6 Relazioni semestrali
- 7 atti, documenti e video relativi a Webinar

La pagina di *News* è periodicamente aggiornata con le attività e gli eventi organizzati da Orac (ciclo "*Orac Incontra*") oltreché arricchita con materiale di approfondimento scaricabile. Si rammenta altresì che mediante specifica funzionalità dedicata a cittadini ed istituzioni che hanno inviato delle segnalazioni all'Organismo è possibile verificare direttamente, attraverso un codice che assicura completa riservatezza, lo stato in cui si trova l'iter della segnalazione.

Nel periodo giugno – dicembre 2023, l'utilizzo del sito può essere sintetizzabile dai seguenti dati: 1729 utenti, 2.269 sessioni di lavoro, 6.679 visualizzazioni di pagina.

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

Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto tempi di attesa di un Ospedale lombardo

Nella segnalazione, un privato cittadino dichiara di aver subito un grave ritardo nell'ottenimento un intervento chirurgico presso un ospedale lombardo. L'attività istruttoria dell'ORAC è stata circoscritta all'ATS competente, alla quale sono state richieste informazioni sui lunghi tempi di attesa dell'ospedale coinvolto.

Sulla base delle risultanze dell'istruttoria, con peculiare riferimento alla relazione fornita dall'ATS in cui si evidenziano e si comparano i dati di attesa estrapolati dal portale regionale con quelli complessivi dell'ATS, l'Organismo propone l'archiviazione del caso, dandone comunicazione al cittadino. L'ORAC raccomanda altresì alla DG Welfare di assicurare che i medici, sulla base della valutazione clinica, indichino la priorità per ogni prescrizione, riportando un codice per il tempo massimo di erogazione del servizio.

Appare utile segnalare che sul tema delle liste d'Attesa l'ORAC ha avviato un'attività di controllo e monitoraggio relativo al rispetto dei tempi da parte degli enti erogatori di prestazioni sanitarie, tale analisi troverà prosecuzione nell'anno seguente con un Gruppo di Lavoro già costituito volto ad individuare le criticità e cercando di arginare le attese dei cittadini. Nello specifico l'Organismo ha valorizzato tale percorso nel Piano annuale delle attività del 2024, il cui l'Obiettivo n. 7 avrà ad oggetto il prosieguo di approfondimenti, audit e analisi relativi al controllo sulla gestione delle liste d'attesa.

Determinazione in merito alla segnalazione avente ad oggetto la performance dei Dirigenti Medici e Sanitari per l'anno 2022 – Deliberazione n. 11/2023

È pervenuta una segnalazione da parte di un'organizzazione sindacale, la quale lamenta criticità nella valutazione della performance dei Dirigenti Medici e Sanitari di un ospedale lombardo per l'anno 2022. Nello specifico, il segnalante ritiene che la valutazione della performance non sia stata condotta correttamente poiché i punteggi sono stati assegnati in modo arbitrario, favorendo alcuni collaboratori a discapito degli altri. Di conseguenza, secondo il segnalante, è stata compromessa l'equa distribuzione del fondo di risultato previsto dal CCNL

L'ORAC ha avviato un'indagine chiedendo una relazione al Nucleo di Valutazione aziendale e al Responsabile delle Risorse Umane dell'ospedale. Dalle risultanze istruttorie non emergono irregolarità ed il piano di valutazione per il 2022 risulta essere coerente con le normative vigenti. L'ORAC propone, pertanto, di archiviare la pratica.

Si ricorda che le deliberazioni sono pubblicate sul sito di Orac:

<https://www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac/attivita/deliberazioni>

4. Considerazioni conclusive

L'Organismo, anche nel secondo 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 di "**vigilanza collaborativa**", nel convincimento che tali principi debbano essere applicati anche in contesti di tipo non emergenziale o post-emergenziali.

L'attività collegiale di Orac si è svolta regolarmente con il prezioso contributo delle strutture di staff e con la leale collaborazione degli organi della Regione e degli enti del Sireg, che si avverte il dovere di ringraziare.

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 di volta in volta prese in carico in base a segnalazioni o d'ufficio.

Il disegno del 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**.

L'Organismo ha inteso praticare in concreto il principio di indipendenza, al contempo "operando in stretto coordinamento con le competenti strutture della Giunta regionale e degli enti del sistema", così da precludersi ogni chiusura autoreferenziale e aprirsi al confronto sulla base del principio di 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.

L'inedita esperienza di Orac è stata portata a conoscenza all'esterno – anche mediante protocolli d'intesa e incontri culturali – nel confronto comparativo con altre realtà regionali e istituzioni statali, nella prospettiva del rafforzamento della logica dei controlli interni e della trasparenza.

Dall'attuazione del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** sono sorte 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 ha attivato 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 consentito. La *vigilanza collaborativa* 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 secondo semestre 2023 ha continuato ad offrire il proprio contributo di analisi perché il sistema regionale possa muoversi correttamente lungo il percorso tracciato.

DELIBERAZIONE N. 6 seduta del 11 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Arturo Soprano	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Emanuele Proserpi	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti:

OGGETTO: Approvazione del documento "Procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 6 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

VISTA la nota con la quale i Coordinatori dei Consorzi CAESP MILANO, UNIONE ASST: ATS Insubria – Montagna, UNIONE ASST, UNIONE ASST: ATS Brianza – Pavia, UNIONE ASST: ATS Bergamo – Brescia – Valpadana hanno manifestato difficoltà e 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 riscontrate dalle Aziende sanitarie;

CONSIDERATI gli esiti dell'attività istruttoria condotta dal gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo dell'obiettivo 6 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo compendiate nel documento recante "Procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T e modifica dell'applicativo T&T";

UDITI i relatori;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 "Istituzione dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo" e successive modifiche integrazioni e, in particolare, l'art. 3, comma 1, lett. c) e d);

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 "Procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 6 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, ai Direttori generali e centrali della Giunta regionale, ai Direttori Generali dei soggetti di cui all'allegato A1 e A2 della l.r. 30/2006, al responsabile della UO Acquisti del SSR e Innovazione tecnologica della DG Welfare affinché dia opportuna informativa ai Coordinatori dei consorzi interessati, e, per conoscenza, al Segretario Generale della Giunta di Regione Lombardia;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Saveria Morello

Il Presidente

Giovanni Canzio



**Ob. 6 Piano di Attività ORAC 2023 – Pianificazione delle attività relativamente alla trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contatti
Procedura di caricamento della filiera dei contratti pubblici nell'applicativo T&T**

Premessa

La responsabile della U.O. Acquisti SSR e Innovazione tecnologica della Direzione Generale Welfare ha rappresentato l'opportunità di individuare un percorso idoneo alla risoluzione di alcune criticità applicative della disciplina relativa alla trasparenza e tracciabilità (T&T) manifestate dai Coordinatori dei Consorzi CAESP MILANO, UNIONE ASST: ATS Insubria – Montagna, UNIONE ATS, UNIONE ASST: ATS Brianza – Pavia, UNIONE ASST: ATS Bergamo – Brescia – Valpadana (la nota relativa è conservata agli atti).

La tematica è stata affrontata dal Gruppo di Lavoro sull'Obiettivo 6 del Piano di Attività ORAC 2023.

In particolare, il Gruppo di Lavoro, preso atto che alcune criticità rappresentate sono state nel frattempo superate con gli aggiornamenti introdotti all'applicativo informatico successivamente alla data di redazione della nota, si è soffermato sulle ulteriori difficoltà segnalate e qui sintetizzate:

- a) Il rilevante carico di lavoro che l'applicazione delle linee guida comporta sia per la Stazione appaltante che per l'aggiudicatario in considerazione dell'elevato numero di contratti a cui esse si riferiscono;
- b) La necessità di un'interpretazione comune della norma, ritenendo insufficiente il mero rinvio all'articolo 105 del codice dei contratti per definire i sub contratti;
- c) L'impossibilità da parte del RUP di gestire il controllo e l'applicazione delle penali previste dalle linee guida;
- d) La compilazione della scheda T&T sulla piattaforma informatica da parte dell'aggiudicatario contestualmente alla presentazione della documentazione riferita al subappalto, sub contratto o subfornitura;
- e) la compilazione della scheda T&T da parte dell'aggiudicatario che presuppone che il contratto principale sia già stato inserito nella piattaforma informatica da parte della Stazione appaltante.

e sulle seguenti due richieste dei Coordinatori:

1. che si possano inserire soltanto i contratti per i quali l'aggiudicatario abbia trasmesso la documentazione relativa ai subcontratti che intende stipulare, al fine di evitare di inserire centinaia di contratti con i soli dati principali della ditta aggiudicataria;
2. che siano da inserire esclusivamente i contratti di importo superiore ai 40.000 euro, tenuto conto che al di sotto di detto importo molto raramente si riscontrano subcontratti.

Nel corso dell'istruttoria sono stati acquisiti i pareri di altri soggetti interessati e portatori di esperienze concrete. Al riguardo, la Dirigente della Struttura Programmazione Acquisti e Gestione Appalti della Giunta regionale ha evidenziato la necessità di rivedere le linee guida T&T e l'utilizzo dell'applicativo alla luce del nuovo codice dei contratti (d.lgs. 36/2023) che prevede la modifica delle soglie per gli affidamenti diretti, la modifica della definizione di subappalto - facendo un riferimento specifico ai lavori - e la Parte II relativa alla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti; è stato altresì suggerito di modificare l'applicativo per rendere più agevole il compito del RUP al fine dell'erogazione delle sanzioni in caso di inadempimento da parte dell'aggiudicatario. Più precisamente, che l'applicativo generi un avviso al RUP qualora l'aggiudicatario non abbia effettuato il caricamento della filiera dopo due giorni dal caricamento del contratto principale sull'applicativo informatico.

Un ulteriore aspetto preso in considerazione dal Gruppo di Lavoro è dato dal fatto che il nuovo codice prevede la possibilità, prima negata, di effettuare i subappalti a cascata. Infatti, mentre il comma 19 dell'art. 105 del Dlgs 50/2016 poneva espressamente il divieto del subappalto a cascata, il comma 17 dell'art. 119 del Dlgs 36/2023 prevede che le stazioni appaltanti indicano nei documenti di gara le prestazioni o lavorazioni oggetto del contratto di appalto che, pur subappaltabili, non possono formare oggetto di ulteriore subappalto. Viene evidenziato che il legislatore non ha fornito una disciplina specifica per tali tipi di affidamenti, mancando anche un rinvio esplicito alle norme del subappalto.

Il Gruppo di Lavoro viene inoltre informato del fatto che dall'osservazione dei dati presenti nell'applicativo T&T e da alcune verifiche effettuate, potrebbero essersi verificati e/o verificarsi errori nel caricamento dei dati. Infatti, l'applicativo informatico consente di caricare oltre ai Subcontratti anche i subappalti e i subaffidamenti ai sensi della legge 190.

Di conseguenza, alla luce di quanto rappresentato e rilevato, il Gruppo di Lavoro ha ritenuto utile affrontare in via prioritaria alcuni argomenti rinviando i restanti al 2024 al fine di un approfondimento degli stessi anche alla luce della dottrina e giurisprudenza che nel frattempo maturerà con riferimento al nuovo codice dei contratti.

In particolare, sono stati presi in considerazione:

- Il carico di lavoro e la compilazione del contratto principale (difficoltà a), difficoltà e), richiesta 1);
- La compilazione della scheda T&T contestualmente alla presentazione della documentazione (difficoltà d));
- L'impossibilità da parte del RUP di gestire il controllo e l'applicazione delle penali previste dalle linee guida (difficoltà c)).

Il carico di lavoro

Il carico di lavoro lamentato dipende dal fatto che per tracciare la filiera dei subcontratti è necessario anzitutto inserire nell'applicativo informatico il contratto principale e questa operazione deve essere effettuata, da parte della Stazione appaltante, all'inizio della fase di esecuzione dello stesso.

Poiché la clausola T&T prevista dalle linee guida è una clausola contrattuale che vincola l'aggiudicatario a compilare nell'applicativo informatico le informazioni richieste, è necessario che quest'ultimo trovi nell'applicativo informatico il contratto principale a cui collegare il sub contratto in modo da poter adempiere al vincolo contrattuale previsto dalla clausola T&T. Dato però che non si ha contezza se e quando l'aggiudicatario intenda effettuare un sub contratto o un sub affidamento, è necessario che la Stazione appaltante inserisca nell'applicativo informatico il contratto principale all'inizio della sua fase esecutiva.

Le Stazioni appaltanti devono inserire tutti i contratti, indipendentemente dalla tipologia di contratto (lavori, servizi e forniture), dall'importo (quindi anche sotto i 40.000 euro) e dal fatto che ci sia o meno una filiera di sub contratti o sub affidamenti.

Un ulteriore motivo per cui è necessario l'inserimento del contratto principale in fase di esecuzione è dato dalle norme sulla pubblicazione in vigore al tempo della D.G.R. del 30 giugno 2022, n. XI/6605.

Già nella prima stesura le linee guida, allegate alla D.G.R. del 25 luglio 2014, n. X/2182, prevedevano la pubblicazione dei dati riferiti alla filiera dei contratti sul sito della stazione appaltante ma precisavano anche che nessun obbligo esplicito era sancito per la pubblicazione delle informazioni, ritenendo comunque che il principio fissato con il comma 1 dell'articolo 1 del D.Lgs. 33/2013 in merito al significato della trasparenza nella pubblica amministrazione legittimasse in modo pieno l'applicazione di una prassi come quella proposta dalle linee guida. Precisavano anche che le nuove direttive europee del 2014 sugli appalti, settori speciali e concessioni raccomandano l'introduzione di norme che attengono alla fase esecutiva del contratto, più precisamente garantire una certa trasparenza nella catena dei subappalti.

Nel 2014 le linee guida erano in fase di sperimentazione tuttavia, da quell'anno, la normativa regionale e nazionale è più volte cambiata (l.r. 17/2015; nuovo codice dei contratti con il D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii) e l'applicazione delle linee guida è stata estesa agli uffici della Giunta e del Sistema regionale. Si è ravvisata, quindi, la necessità di modificare le linee guida e meglio precisare le norme sulla pubblicazione delle informazioni.

La D.G.R. del 30 giugno 2022, n. XI/6605 prevede che *"I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione sono pubblicati per un periodo di 5 anni decorrenti dal primo gennaio successivo al caricamento in piattaforma, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 33/2013, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, ovvero fino alla conclusione del contratto principale. Decorso il periodo di pubblicazione i dati saranno integralmente rimossi e non conservati, salvo la eventuale conservazione per fini statistici e di ricerca, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali."*

La pubblicazione avviene quindi ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 33/2013 che fa riferimento ai dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente.

Nel caso di specie l'obbligo di pubblicazione è stato ricondotto da un lato all'indicazione del legislatore regionale che, al comma 3 dell'art. 12 l.r. 17/2015, stabilisce che *"Il monitoraggio complessivo della filiera (nдр: dei sub contratti e sub*

affidamenti) è diffuso sul sito internet della Regione e degli enti del sistema regionale", e dall'altro lato dalla previsione dall'art. 29 del D.Lgs. 50/2016, come modificato dall'art. 53, comma 5, lettera a), sub. 1), legge n. 108 del 2021, prevede al comma 1 che *"tutti gli atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture, nonché alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni ... devono essere pubblicati e aggiornati sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente" con l'applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 ..."*

Ai sensi del medesimo articolo i dati, le informazioni e i documenti sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione.

Considerato che si fa riferimento alla fase di esecuzione dell'appalto, e non del sub contratto o del sub affidamento, si è ritenuto che tale obbligo di pubblicazione dovesse decorrere dall'inizio dell'esecuzione del contratto principale. In tal modo anche la decorrenza resta legata al contratto principale evitando che lo stesso, e la relativa filiera, resti pubblicato per molti anni oltre la sua scadenza. Evenienza che sarebbe potuta succedere qualora si fosse preso a riferimento il momento in cui viene effettuato il sub contratto o il sub affidamento.

Alla luce della difficoltà sopra rappresentata è necessario e possibile effettuare alcune considerazioni.

In primo luogo, la normativa nazionale e regionale ha subito cambiamenti successivi alla approvazione della deliberazione della Giunta del 2022.

È stato approvato un nuovo codice dei contratti con D.Lgs. 36/2023 ed è stato modificato l'art. 12 della l.r. 17/2015 dalla l.r. Legge Regionale 20 dicembre 2022, n. 30. In particolare, il comma 8 del novellato art. 12 prevede che *"I dati acquisiti nell'applicativo informatico sono pubblicati sul sito internet della Regione e degli enti del sistema regionale e saranno conservati per dieci anni dopo la rimozione dalla pubblicazione con l'osservanza delle prescrizioni previste dalla normativa vigente"*. Il legislatore regionale se prima prevedeva la diffusione del monitoraggio complessivo della filiera ora prevede la pubblicazione dei dati acquisiti nell'applicativo informatico.

Prima di questa modifica i riferimenti normativi per la pubblicazione erano forniti dal legislatore nazionale che faceva riferimento alla fase esecutiva del contratto pubblico (l'art. 29 del codice dei contratti) e dal legislatore regionale che prevedeva la diffusione dei dati sul sito internet dell'ente pubblico. La normativa, per combinato disposto, era pertanto stata interpretata con riferimento al contratto principale. Ora però, in forza della novellata legge regionale che prevede chiaramente la pubblicazione dei dati acquisiti nell'applicativo informatico, si ritiene sia possibile fare riferimento esclusivamente a quest'ultima norma e che, anziché individuare il momento da cui decorre l'obbligo di pubblicazione con l'inizio della fase esecutiva del contratto principale (rectius contratto aggiudicato), la decorrenza della pubblicazione possa coincidere con la data in cui si verifica il primo sub contratto o sub affidamento. Quindi solo in quest'ultimo caso scatterebbe l'obbligo di tracciare la filiera dei subcontratti e la necessità di inserire i dati nell'applicativo informatico con la conseguente

pubblicazione degli stessi. Il contratto principale potrebbe rimanere pubblicato anche dopo la sua scadenza ma questo sarebbe legittimato dal fatto che la legge regionale prevede la pubblicazione dei sub contratti e che il contratto principale è funzionale per tracciare la filiera.

In secondo luogo, lo scopo delle linee guida T&T è tracciare tutta la filiera dei subcontratti e, con la pubblicità di tali dati sul sito istituzionale, favorire forme diffuse di controllo, non certamente quello di raccogliere e pubblicare i dati dei contratti principali anche nel caso in cui ad essi non sia associata una filiera.

Poiché lo scopo delle linee guida T&T è tracciare la filiera e considerato che i dati relativi all'esecuzione dei contratti sono comunque pubblicati dalle Stazioni appaltanti nella sezione Amministrazione Trasparente dei siti web aziendali e che, la duplicazioni di questi dati all'interno dell'applicativo informativo è necessaria e funzionale solamente per poter tracciare la filiera, risulta accoglibile la richiesta dei Coordinatori dei Consorzi e pertanto possibile e opportuno richiedere di inserire soltanto i contratti per i quali l'aggiudicatario abbia trasmesso la documentazione relativa ai subcontratti che intende stipulare.

In questo modo nell'applicativo informatico si troveranno solo i contratti principali e le relative filiere evitando di caricare tutti i contratti principali senza filiera con conseguente riduzione del carico di lavoro per le stazioni appaltanti.

La compilazione della scheda T&T contestualmente alla presentazione della documentazione

L'art. 105 comma 2 del D.Lgs. n. 50/2016 prevede che: *“L'affidatario comunica alla stazione appaltante, prima dell'inizio della prestazione, per tutti i sub-contratti che non sono subappalti, stipulati per l'esecuzione dell'appalto, il nome del sub-contraente, l'importo del sub-contratto, l'oggetto del lavoro, servizio o fornitura affidati. Sono, altresì, comunicate alla stazione appaltante eventuali modifiche a tali informazioni avvenute nel corso del sub-contratto..”* La disposizione è stata riproposta nel medesimo testo all'art. 119 comma 2 del D.Lga. 36/2023 (nuovo codice dei contratti).

Le linee guida T&T allegata alla D.G.R. 30 giugno 2022 n. XI/6605 prevedono che: *“La compilazione della scheda T&T a cura dell'Aggiudicatario avviene contestualmente con la trasmissione alla SA della documentazione relativa ai subcontratti (per finalità autorizzativa o di mera comunicazione).”*

La contestualità è stata prevista in quanto l'obiettivo delle linee guida è quello di fornire gli strumenti necessari per rendere effettivi gli obblighi sanciti dalle norme richiamate. Di conseguenza nel momento che si effettua la comunicazione alla Stazione appaltante prevista dal codice dei contratti è necessario utilizzare lo strumento informatico per rendere effettivo l'obbligo sancito dalla norma.

In conseguenza della semplificazione sopra esposta, resa possibile dalle norme sopravvenute (ovvero l'inserimento della filiera del sub contratto solo nel momento in cui si comunica lo stesso alla stazione appaltante), i passaggi saranno i seguenti: comunicazione dell'aggiudicatario, inserimento nell'applicativo informatico del contratto principale da parte della Stazione appaltante e successivo inserimento del

sub appalto da parte dell'aggiudicatario. Infine, pubblicazione della filiera da parte del RUP della stazione appaltante. In questo caso la contestualità sarà intesa nel rispetto dei primi tre passaggi nel più breve tempo possibile.

Gestione delle penali da parte del RUP

I suggerimenti acquisiti nel corso dell'istruttoria, diretti a rendere più agevole il ruolo del RUP nella gestione delle penali, contribuiscono alla maggior efficacia della disciplina e vanno, pertanto, accolti. A tal fine sarà necessario apportare i conseguenti aggiustamenti all'applicativo informatico che generi un avviso al RUP qualora l'aggiudicatario non abbia effettuato il caricamento della filiera dopo due giorni che è stato caricato il contratto principale sull'applicativo informatico. Al riguardo è già stato acquisito un parere positivo di fattibilità tecnica.

Dati presenti nell'applicativo

Considerato che l'applicativo informatico consente di caricare oltre ai Subcontratti anche i subappalti e i subaffidamenti ai sensi della legge 190 e poiché l'interesse delle linee guida è solamente quello di tracciare la filiera dei sub contratti, risulta opportuno intervenire sull'applicativo in modo tale da consentire il solo inserimento dei sub contratti così come definiti dall'articolo 105 comma 2 (ora art. 119 Dlgs. 36/2023) anche al fine di evitare errori di caricamento.

Richieste che richiedono approfondimenti di merito e interventi sulle Linee guida approvate dalla Giunta regionale

L'approfondimento delle restanti richieste che attengono al rapporto tra la clausola T&T e il nuovo contesto normativo statale (codice appalti e digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti attraverso la banca dati unica in fase di realizzazione) **saranno affrontate nel 2024**. Tali tematiche (che a titolo esemplificativo attengono all'Interpretazione della norma da fornire a tutti i RUP (sub lett. b)); Sub appalto a cascata; eventuale inserimento dei soli contratti di importo superiore ai 40.000 euro, tenuto conto che al di sotto di detto importo molto raramente si riscontrano subcontratti (RICHIESTA sub 2)) potrebbero richiedere non mere interpretazioni della disciplina o aggiornamenti dell'applicativo a fini di semplificazione ma vere e proprie modifiche della normativa regionale: per questo motivo è consigliabile attendere un consolidamento della dottrina e della giurisprudenza sui nuovi istituti **e rimandarne lo studio all'anno prossimo. L'esito dello studio sarà sottoposto alla Giunta regionale per l'eventuale adozione delle conseguenti determinazioni.**

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso nell'istruttoria e per le motivazioni sopra espresse:

1. Merita accoglimento la richiesta dei Coordinatori dei consorzi di inserire nell'applicativo informatico T&T soltanto i contratti per i quali l'aggiudicatario abbia trasmesso la documentazione relativa ai subcontratti che intende stipulare;
2. Appare funzionale, per una operatività piena delle clausole, che la contestualità prevista nelle linee guida tra la compilazione della scheda T&T a cura dell'Aggiudicatario e la trasmissione alla Stazione Appaltante della documentazione relativa ai subcontratti possa intendersi nell'effettuazione di tali adempimenti nel più breve tempo possibile;

Raccomanda alle strutture regionali competenti apportare modifiche all'applicativo T&T affinché:

- a) generi un avviso al RUP qualora l'aggiudicatario non abbia effettuato il caricamento della filiera dopo due giorni che è stato caricato il contratto principale sull'applicativo informatico;
- b) consenta il solo inserimento dei sub contratti così come definiti dall'articolo 105 comma 2 (ora art. 119 Dlgs. 36/2023).

DELIBERAZIONE N. 7 seduta del 11 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Arturo Soprano	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Emanuele Prosperì	- Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti:

OGGETTO: Approvazione del documento "Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti SiReg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori "Follow-up 2023"

L'atto si compone di n. 24 pagine di cui n. 22 pagine allegate quale parte integrante

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, hanno presentato il documento “Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti SiReg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori Follow-up 2023” relativo allo sviluppo dell’obiettivo 2 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

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

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

DELIBERA

1. di approvare il documento avente ad oggetto *“Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti SiReg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori Follow-up 2023”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 2 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, al Collegio dei Revisori di Conti di RL, ai Soggetti interessati, e, per conoscenza, al Segretario Generale della Giunta di Regione Lombardia, al Direttore della Direzione Centrale Bilancio e Finanza, al Dirigente della U.O. Presidio e Coordinamento delle Funzioni inerenti il Sireg;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Ob. 2 PdA 2023 Orac – Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti SiReg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori.

Sommario: **1.** Premessa e obiettivo del Piano delle Attività; **2.** Scopo del lavoro e metodologia di analisi; **3.** Contesto normativo e singoli indici; **3.1.** Parte I: verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione; **3.2.** Parte II: rischio di contraffazione e idoneità della garanzia; **3.3.** Parte III: verifica della solvibilità del garante, della conservazione della garanzia e dello svincolo; **3.4** Parte IV: I controlli periodici; **4.** Considerazioni Collegio dei Revisori **5.** Evidenze Emerse e conclusioni.

1. Premessa e Obiettivo del Piano delle Attività.

In relazione all'Obiettivo 2 del Piano delle Attività dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, annualità di riferimento 2022/2023, avente ad oggetto le intese collaborative tra Orac e altri organismi operanti in ambito regionale, è prevista una collaborazione con il Collegio dei Revisori di Conti di Regione Lombardia (Collegio), 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 un'azione di presidio congiunto sull'attività di verifica straordinaria delle fideiussioni, già avviata in precedenza 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).

Ricordiamo che, in seguito a verifiche di tesoreria del Collegio dei Revisori dei Conti sulla direzione regionale competente, la Struttura Audit della Giunta, su sollecitazione del Collegio stesso, ha richiesto, nel mese di marzo 2021, alle funzioni di audit di Società in House ed Enti dipendenti (Società ed Enti) l'effettuazione di verifiche straordinarie sulle garanzie fidejussorie in carico circa effettività, consistenza, escutibilità, e procedure di monitoraggio in atto, conformemente a quanto già prescritto dalla DGR 1770/2011.

Gli esiti di tali controlli, messi in campo nelle forme scelte da ciascun ente, sono stati trasmessi a RL e rendicontati nella Relazione Annuale sull'attuazione del Piano di Audit 2021 (paragrafo 2.2. "Rete degli Internal Auditors") e, per quel che concerne l'attività di Orac, nella Relazione conclusiva del primo semestre 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

In seguito, Orac e il Collegio dei Revisori hanno ritenuto opportuno richiamare l'attenzione sul tema del corretto monitoraggio delle garanzie fidejussorie ad ulteriori enti del sistema regionale (ex l. r. 30 del 2006) il cui bilancio rientra nel consolidato di Regione Lombardia, selezionando un campione di soggetti più

rilevanti rispetto alla totalità dei soggetti che compongono il SiReg. Si è deciso quindi di coinvolgere nelle verifiche straordinarie anche il Sistema Sanitario Lombardo (ATS, AREU, ASST, IRCCS) e le ALER, per un totale di 46 enti.

A tal fine, è stata elaborata e trasmessa agli enti selezionati nell'ottobre 2021 una **nota a firma congiunta del Presidente dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e della Presidente del Collegio** dei Revisori di Regione Lombardia, ad oggetto "controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie per gli enti SiReg", finalizzata all'acquisizione di informazioni attraverso l'invio di una relazione sui controlli circa le fidejussioni in carico. Questo al fine di prevenire i rischi di accettazione di garanzie da parte di operatori non affidabili o che potessero comportare difficoltà nell'escussione.

Tale richiesta conteneva un richiamo orientativo ad alcuni indici di riferimento su cui concentrare il controllo, e precisamente:

- (i) la legittimazione del soggetto che rilascia la garanzia;
- (ii) la sua affidabilità;
- (iii) le eventuali sospensioni della abilitazione;
- (iv) l'oggetto della garanzia;
- (v) l'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti;
- (vi) la durata e l'idoneità del periodo di copertura;
- (vii) le modalità di svincolo e di escussione;
- (viii) la adeguata custodia del documento e la valutazione dei profili formali afferenti alla singola garanzia prestata.

Tutti gli enti del SiReg coinvolti hanno dunque condiviso gli esiti del controllo e del monitoraggio in oggetto, rispondendo alla sopracitata richiesta e presentando le rispettive relazioni redatte dagli stessi nelle modalità ritenute opportune.

Orac, dopo avere analizzato le risultanze del materiale trasmesso sulla base di una check list declinata in 19 punti, strutturata in 3 tipologie di verifiche sulle garanzie - rilasciante; contraffazione ed idoneità; solvibilità, conservazione e svincolo - ha successivamente preso atto degli esiti delle verifiche trasmesse, con 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 fidejussioni".

Il documento di cui sopra è stato trasmesso nel dicembre 2022 agli stessi soggetti coinvolti, raccomandando, fra le altre cose, di monitorare autonomamente le azioni prescritte nella check list allegata, colmando i "gap" e di proseguire le verifiche sulla base di quanto suggerito. È stata infine **prevista una fase di follow-up** futura su quanto effettuato dagli enti stessi.

Successivamente, al fine di verificare e monitorare l'avanzamento verso gli standard richiesti sul tema del monitoraggio delle fidejussioni stipulate **è stata disposta**, come pianificato, **l'effettuazione di una fase di follow-up**. A tal fine, nel maggio 2023 è stata trasmessa agli enti una **nuova richiesta a firma congiunta Presidente ORAC e Presidente del Collegio** "Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie degli enti SIREG – follow – up 2023", corredata da una check list alla quale fornire riscontro da parte degli enti stessi.

Anche in questo caso **tutti gli enti SiReg coinvolti hanno risposto con sollecitudine alla richiesta, condividendo le risposte entro le scadenze definite.**

Il presente documento contiene gli **esiti dell'attività di "follow-up"** finalizzata a verificare che le azioni disposte da parte degli enti coinvolti siano conformi alle

disposizioni normative vigenti ed alle buone prassi già suggerite, anche sulla base della check list già trasmessa in allegato alla Delibera ORAC: si ricorda che con l'attività di monitoraggio disposta nel 2022 si suggeriva agli enti del sistema SiReg interessati, che non lo avessero già fatto, di verificare il regolare compimento delle azioni prescritte nella check list e di colmare eventuali carenze dei controlli, seguendo le azioni raccomandate nei singoli quesiti oggetto di indagine.

Gli enti destinatari della nota congiunta disposta da ORAC e il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia inviata il 26 maggio 2023 sono stati:

- 8 ATS (Agenzie di Tutela per la Salute),
- 26 ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali),
- 5 IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico),
- 4 ALER (Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale),
- l'AREU (Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza)
- PoliS (Istituto Regionale per il Supporto alle Politiche della Lombardia).

per un totale di 46 soggetti coinvolti – sono stati invitati ad effettuare una verifica sulle garanzie fideiussorie in carico, rispondendo alla **check list di controllo trasmessa, puntuale e sviluppata in 22 punti** e strutturata, anche su suggerimento dei Revisori stessi, su 4 tipologie di controlli da effettuarsi da parte degli enti - rilasciante; contraffazione ed idoneità; solvibilità, conservazione e svincolo; controlli periodici.

Nel dettaglio, la verifica di “*follow-up*” si è svolta a partire dall'analisi documentale acquisita e si è sviluppata attraverso le seguenti attività:

- Verifica della presenza, composizione e gestione del registro “*delle garanzie fideiussorie*” a fronte dei contratti in corso gestiti dagli Enti;
- Verifica delle responsabilità, dei ruoli e flussi informativi afferenti al processo di gestione delle garanzie fideiussorie;
- Analisi delle procedure inerenti allo svincolo, verifica, monitoraggio, acquisizione ed archiviazione delle garanzie fideiussorie
- Verifica dei controlli effettuati in ordine all'acquisizione della garanzia (durata, e termine di validità, oggetto/tipologie di rischio, obblighi garantiti, impegno del garante, idoneità del garante)

Dalle evidenze fornite, **si dà preliminarmente atto che gli Enti del SiReg a seguito dell'attività di “follow-up” hanno dato riscontro alla maggior parte dei suggerimenti** che l'Organismo Regionale per le Attività di controllo aveva indicato nel 2022.

2. Scopo del lavoro e metodologia di analisi.

Lo scopo del presente lavoro consiste nell'esplicitare i risultati ottenuti all'esito dell'analisi delle relazioni degli enti SiReg, 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.

Appare opportuno premettere una illustrazione generale della metodologia seguita nell'esaminare le relazioni degli enti, anche alla luce dell'inquadramento normativo.

Molteplici previsioni 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 vigente nel periodo di riferimento) 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'obligato in via principale.

Tra gli obblighi di acquisizione di una garanzia previsti dal Codice dei contratti pubblici (vigente nel periodo di riferimento) si annoverano le fideiussioni per:

- (i) la cauzione provvisoria (art. 93);
- (ii) (ii) la cauzione definitiva (art. 103, co. 1);
- (iii) (iii) per la rata di saldo (art. 103, co. 6);
- (iv) (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.

Atteso l'elevato livello di dettaglio che ha caratterizzato alcune delle relazioni fornite in risposta dagli enti SiReg, si è deciso di classificare i dati ottenuti attraverso la formulazione di una **check list**, elaborata utilizzando il citato documento realizzato da IVASS, Banca d'Italia, ANAC e AGCM, **composta da 22 quesiti oggetto di indagine** (check list allegata alla presente relazione).

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.

Tali quesiti corrispondono alle indicazioni orientative fornite agli enti con la nota congiunta stessa, specificandone i contenuti. La formulazione dei quesiti, come meglio si cercherà di esplicitare in dettaglio, attraverso l'analisi puntuale di ciascuno degli stessi, è stata il più ampia possibile.

In tal modo si è cercato di compendiare i dati forniti – secondo criteri differenti – dai diversi enti campionati.

Il tentativo di elaborare una unica griglia di analisi, la quale potesse fungere da strumento idoneo a fotografare la realtà, spesso variegata, rappresentata dai diversi enti, si è reso necessario a ragione della diversità dei criteri redazionali, delle formule espositive e della profondità dell'indagine svolta da ogni singolo soggetto richiesto del monitoraggio delle fideiussioni attraverso la nota congiunta. In altri termini, con lo strumento della check list, confezionato a posteriori rispetto

all'ottenimento dei dati da parte degli enti SiReg, si è cercato di uniformare la valutazione delle relazioni ottenute, sintetizzando in un unico dispositivo la diversità, talvolta evidente, dei criteri con cui le relazioni di risposta alla nota congiunta sono state formulate.

Per tali motivi, si è deciso di compilare la check list, in relazione a ciascun quesito oggetto d'indagine, attraverso la selezione di una tra quattro alternative di classificazione elaborate: **“sì”**, **“no”**, **“dato parziale”**, **“dato non acquisito”**.

In particolare, è di palmare evidenza l'interpretazione da fornire in relazione alle opzioni **“sì”** / **“no”**: con esse si vuole indicare se il singolo ente abbia dato risposta positiva o meno al singolo quesito d'indagine.

Attraverso l'opzione **“dato parziale”**, invece, si evidenzia il riscontro di una generica risposta positiva al quesito d'indagine, là dove, pur tuttavia, dalla lettura della relazione inviata dall'ente, non risulta l'indicazione specifica dei dati di dettaglio richiesti. Tale opzione compare, dunque, ogniqualvolta la relazione fornita consenta di dedurre un generico riscontro positivo al quesito, senza però darne evidenza puntuale.

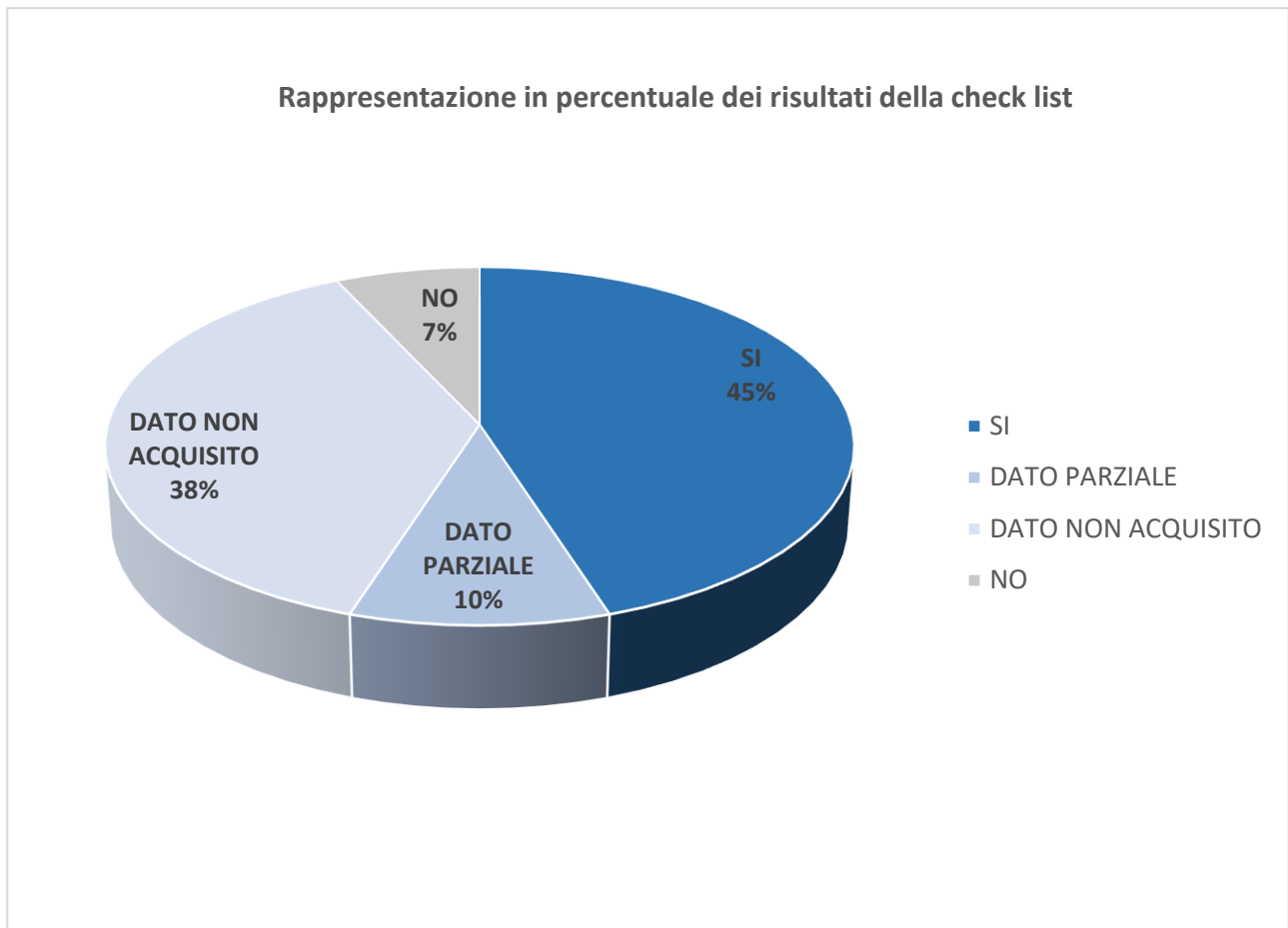
Con l'opzione **“dato non acquisito”**, da ultimo, si vuole indicare la circostanza che dalla lettura della relazione fornita dall'ente non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempimento al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto. In altri termini, con la voce **“dato non acquisito”**, si evidenzia una non congruenza tra quanto analizzato a posteriori e quanto descritto in relazione dal soggetto censito; evenienza ben comprensibile, se si pone mente al fatto che le relazioni di risposta degli enti sono state redatte autonomamente, in piena libertà di selezione dei criteri e delle modalità da utilizzare.

Con la predisposizione del **“follow-up”** 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 voluta da ORAC e dal Collegio dei Revisori di Regione Lombardia è stata quella di incentivare le amministrazioni del sistema al raggiungimento del **“gold standard”** in materia, rappresentato dal compimento delle azioni raccomandate nella check list di controllo.

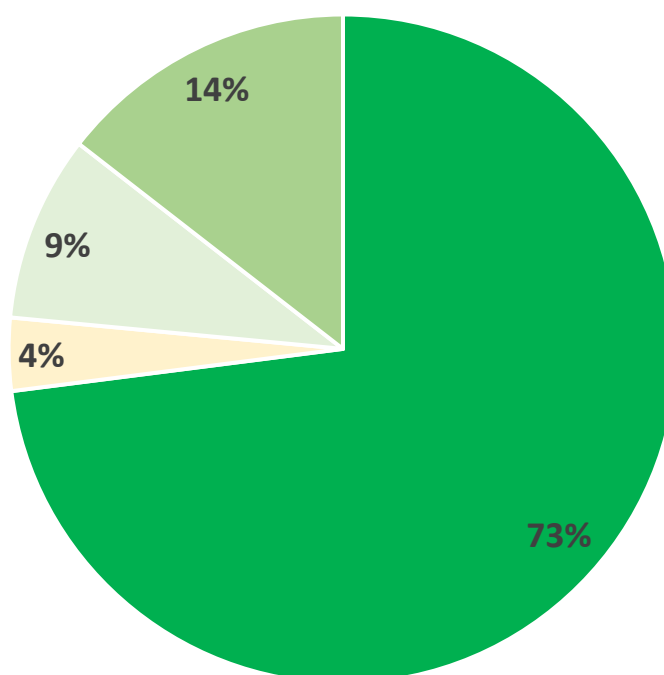
Alla luce del follow-up sulle fideiussioni, appare fornire un riscontro dettaglio sugli esiti che lo stesso ha portato. Con l'operato dell'Organismo Regionale di Controllo congiuntamente al Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia, il quadro prospettico che emerge è di notevole positività in relazione all'acquisizione dei dati forniti dagli enti campionati.

Riguardo il monitoraggio operato nel 2022 sugli 874 quesiti oggetto di indagine, attraverso i quali sono state analizzate le risposte di 46 enti, a livello globale le risposte **positive** risultavano essere **il 45%**, **quelle negative il 7%**, **con un 10% di “dati parzialmente positivi” e un 38% di “dati non acquisiti”**.



A seguito del “*follow-up*” si evince che dall'analisi dei 966 quesiti, a livello globale le risposte **positive** risultano essere **il 73%**, **quelle negative il 14%**, **con un 4% di “dati parzialmente positivi” e un 14% di “dati non acquisiti”**.

Rappresentazione in percentuale dei risultati della check list a seguito del
"Follow-Up"



■ TOTALE SI ■ TOTALE DATO PARZIALE ■ TOTALE DATO NON ACQUISITO ■ TOTALE NO

Le risposte positive rispetto al 2022 hanno subito un incremento in misura pari al **+28%**. Ciò è dovuto al fatto che gli enti campionati hanno predisposto, rispetto al passato, congrui strumenti di presidio e controllo, che hanno impattato positivamente sulle percentuali dei singoli quesiti.

Occorre, ad ogni modo, segnalare che la bassa stima di dati negativi ("**no**"), discende dalla circostanza per la quale si è preferito, a livello di metodo, utilizzare questa opzione solo là dove, dalla lettura delle relazioni dei soggetti analizzati, è emersa con chiarezza ed inequivocabilmente una situazione di non conformità.

Il "*dato non acquisito*" è, pertanto, un dato intrinsecamente equivoco e in relazione al quale va fornita una interpretazione cauta, poiché non si deve tradurre automaticamente in un riscontro di carattere negativo, in quanto potrebbe alternativamente trattarsi:

- (i) di una situazione in cui l'ente sia sostanzialmente adempiente al singolo profilo analizzato, ma non ne abbia dato conto nella relazione di risposta alla nota congiunta;
- (ii) di una sostanziale inadempienza al singolo quesito, non censita come un "no" a ragione della impossibilità di risolvere il dubbio tra la difformità reale o la semplice non rappresentazione del riscontro.

3. Contesto normativo e singoli indici.

Tanto premesso in ordine al metodo utilizzato per elaborare il presente censimento, è ora possibile analizzare nel dettaglio i singoli quesiti oggetto d'indagine.

La check list si compone di quattro parti distinte:

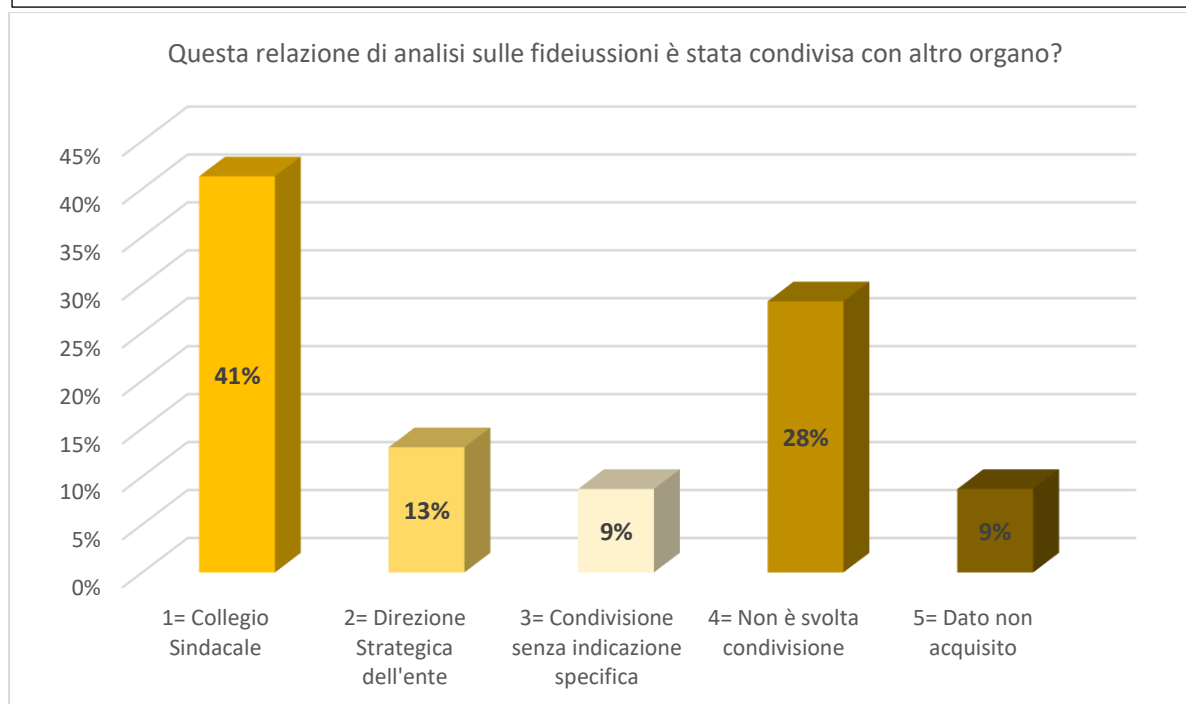
- (i) le verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione (8 quesiti);
- (ii) Il rischio di contraffazione e l'idoneità della garanzia (4 quesiti);
- (iii) La verifica della solvibilità del garante, la conservazione della garanzia, lo svincolo (4 quesiti);
- (iv) Controlli periodici (4 quesiti).

Due campi di indagine, invece, si pongono al di fuori della citata suddivisione in parti, e con essi si indaga, in via preliminare, se:

- (i) la relazione di analisi delle fideiussioni sia stata condivisa con altro organo all'interno dell'ente - Quesito oggetto d'analisi n 1;**
- (ii) sia stato svolto un audit interno sul tema delle fideiussioni - Quesito oggetto d'analisi n 2.**

Sub (i) - La necessità di indagare la condivisione della relazione di monitoraggio delle fideiussioni contratte dall'ente con altri organismi interni corrisponde all'esigenza di verificare se vi sia un flusso di informazioni tra i diversi soggetti deputati al controllo.

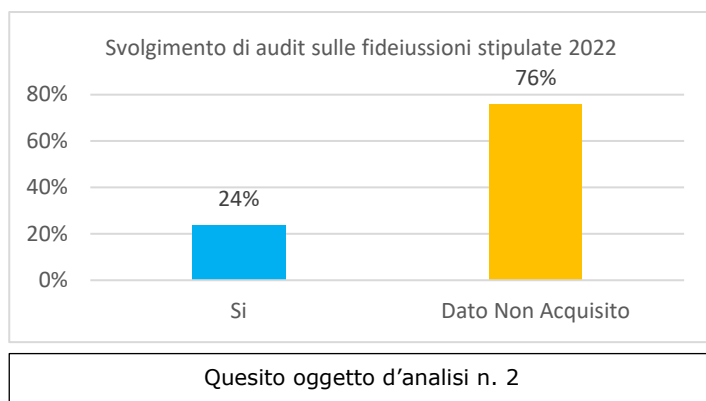
Quesito oggetto d'analisi n. 1



L'analisi specifica disposta dal Gruppo di Lavoro è mirata a circoscrivere con quale ente sia stata condivisa l'analisi sulle fideiussioni. Emerge chiaramente dal grafico che, dei 46 enti esaminati, il **41%** condivide l'analisi sulle fideiussioni con il Collegio Sindacale, il **13%** con la Direzione Strategica, il **9%** ha dato una risposta di carattere positivo senza un'indicazione specifica di quale organo sia deputato a questa condivisione, il **28%** ha risposto negativamente indicando una mancata condivisione, mentre il **9%** non ha fornito riscontro al quesito oggetto di analisi.

Con l'opzione "**dato non acquisito**", da ultimo, si vuole indicare la circostanza per la quale dalla lettura della relazione fornita dall'ente non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempimento al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto. In altri termini, con la voce "dato non acquisito", si evidenzia una non congruenza tra quanto analizzato *a posteriori* e quanto descritto in relazione al soggetto censito; evenienza ben comprensibile, se si pone mente al fatto che le relazioni di risposta degli enti sono state redatte autonomamente, in piena libertà di selezione dei criteri e delle modalità da utilizzare.

Sub (ii) – Nel corso del 2022 è stato rilevato il numero degli enti che ha dichiarato nelle relazioni di aver svolto un audit interno, al fine di analizzare le fideiussioni contratte dal punto di vista della legittimazione e della solvibilità del garante.

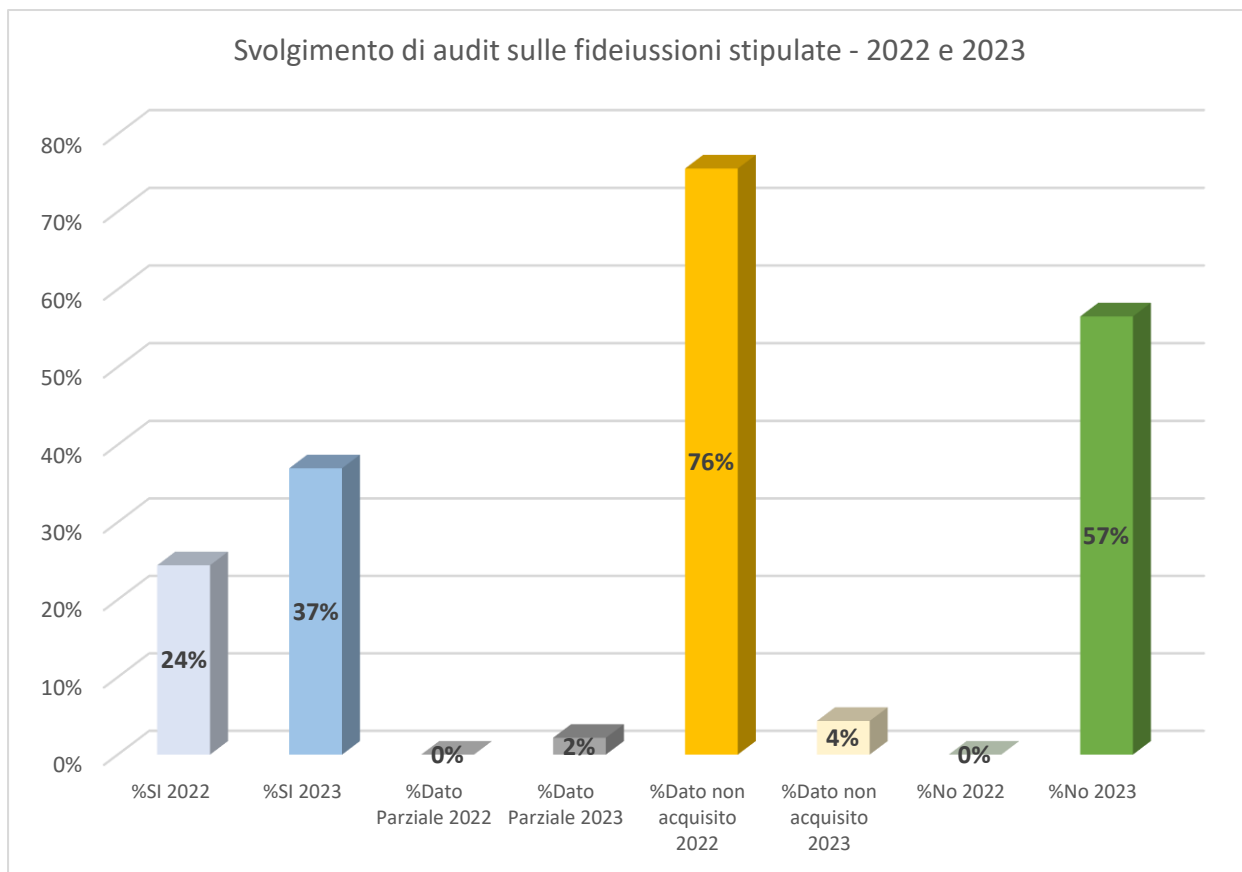


Ne è emerso che il 24% degli enti ha svolto l'audit in commento o ne ha programmato lo svolgimento nel corso dell'anno solare; il restante 76% non ha invece fornito indicazione alcuna circa l'avvenuto svolgimento di audit sul punto o circa la calendarizzazione degli stessi nel prossimo futuro.

Nell'analisi dei dati trasmessi relativi alla verifica di *"follow-up"* del 2023, in merito al quesito n. 2 oggetto di analisi emerge chiaramente l'incremento del numero degli enti, rispetto al passato, che già avevano effettuato o programmato nel biennio un audit sul tema delle fideiussioni. **L'aumento del 13%** in contrapposizione al 2022 è un dato molto significativo, anche in termini percentuali, sul valore considerato, dal momento che riflette il fatto che è proprio nel corso del 2023 che gli enti campionati hanno iniziato lo svolgimento mirato di "audit" sul tema delle fideiussioni, mentre si sottolinea che in relazione al "dato non acquisito" vi è stata una drastica diminuzione, pari al **72%**.

La diminuzione del dato non acquisito ha comportato come conseguenza un innalzamento delle risposte negative, poiché se nel corso del 2022 gli enti non fornivano alcun tipo di riscontro al quesito oggetto di analisi, con la predisposizione del *"follow-up"* a tale domanda è stata data una risposta negativa in misura pari al **57%**. L'aumento in questione è semplicemente il risultato della diminuzione significativa delle risposte con "dato parziale" e "dato non acquisito" dopo l'attività di *"follow-up"*. Questo ha comportato un aumento delle risposte categorizzate come "negative" poiché, in assenza di dati parziali o non acquisiti, le risposte ricevute sono state più spesso classificate come "no".

L'elevata stima dei "no", discende dalla circostanza per cui si è preferito, a livello metodologico, utilizzare questa opzione solo laddove, dalla lettura delle relazioni dei soggetti analizzati, è emersa, con chiarezza e in maniera non equivoca, una situazione di non conformità in relazione al quesito oggetto di analisi.



Attese tali premesse generali, possono essere analizzate le singole voci della check list.

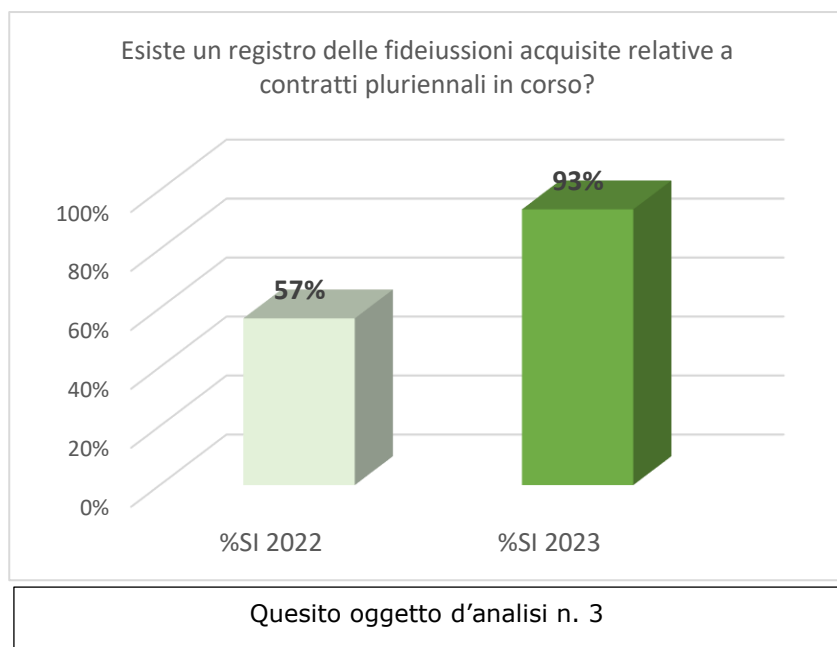
3.1. Parte I: Verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione.

L'attività consistente nella plurima stipulazione di contratti di garanzia, organizzata a livello imprenditoriale, rientra tra le attività riservate *ex lege* ai soggetti dotati delle particolari caratteristiche soggettive richieste dall'ordinamento. In particolare, le disposizioni legislative di riferimento stabiliscono i requisiti soggettivi necessari a seconda che si tratti di intermediari bancari e finanziari o di compagnie assicurative.

Si comprende, dunque, come un obiettivo fondamentale dell'indagine circa il monitoraggio delle fideiussioni contratte dagli enti del sistema regionale abbia riguardato le forme di controllo che gli enti medesimi apprestano in relazione ai requisiti di legittimazione soggettiva dei garanti.

In primo luogo, quindi, attraverso il **quesito oggetto d'analisi n. 3**, si è analizzato se gli Enti SiReg curino la tenuta di un registro complessivo delle fideiussioni stipulate a proprio favore, con particolare riferimento ai contratti pluriennali in corso di esecuzione.

L'attività di censimento autonomo delle garanzie contratte, infatti, si presenta quale adempimento preliminare necessario al fine della maturazione di una piena cognizione dei diversi garanti dei contratti stipulati, con l'indicazione ulteriore delle scadenze temporali da monitorare per evitare il rischio che il contratto di fideiussione cessi di avere efficacia prima della scadenza del contratto garantito.



Dalla lettura dei dati acquisiti emerge un netto miglioramento in merito al quesito n. 3, si è passati da un 57% del 2022, ad un **93%** del 2023.

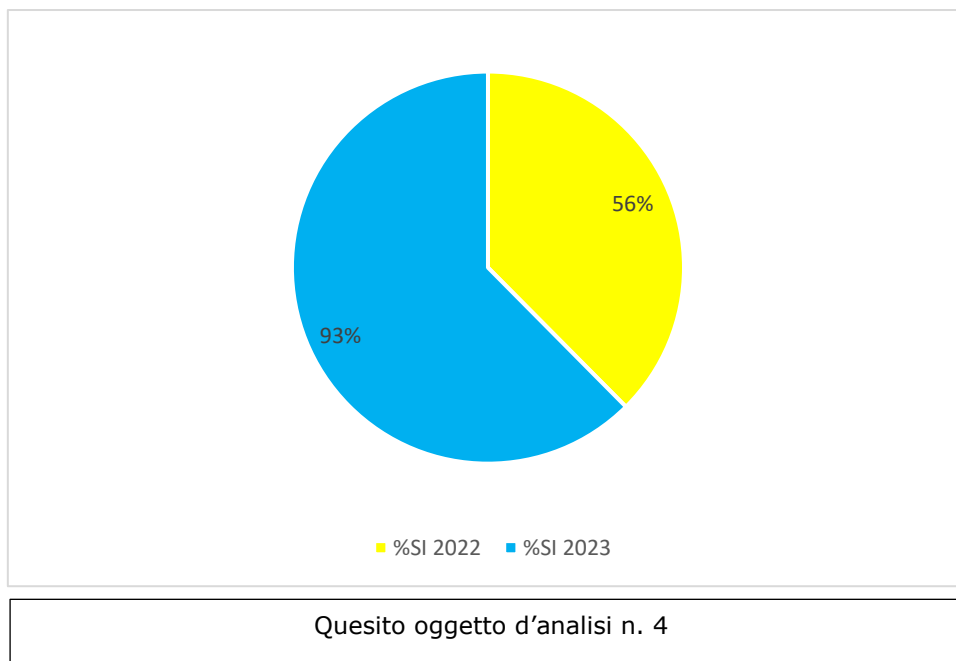
Dei 46 enti campionati che in passato disponevano di un registro delle fideiussioni acquisite erano pari a 26, ad oggi gli enti che hanno predisposto un apposito registro volto ad acquisire i contratti pluriennali in corso è pari a

43.

La lettura dei dati delinea un quadro in netto miglioramento dove l'operato congiunto dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia ha attenzionato gli enti del sistema a disporre le opportune modifiche con la predisposizione di un registro in cui si potessero registrare i contratti pluriennali in corso.

A seguire, dunque, nell'analisi degli enti che effettivamente curano la tenuta di un siffatto registro, con il **quesito oggetto d'analisi n. 4**, si è verificato in che modo lo stesso sia compilato: l'attenzione principale concerne la diversificazione dei dati essenziali, necessari per espletare un monitoraggio attento, nel corso del termine pluriennale di durata, sui diversi profili concernenti:

- (i) l'identificazione del garante, mediante indicazione della ragione sociale;
- (ii) la data del rilascio;
- (iii) l'importo della fideiussione;
- (iv) il riferimento al singolo contratto garantito;
- (v) il termine di scadenza.



Il riscontro di tali dati è positivo: dalla maggior parte delle relazioni di risposta degli enti del sistema si evince che gli stessi curano la tenuta di un registro dei contratti pluriennali di fideiussione, gestendone anche la compilazione in relazione ai dati essenziali prima citati.

Nel 2023 vi è stato un indice di positività in merito al quesito n. 4 del **93%** in netta contrapposizione al 2022, degli enti campionati con risposta positiva si è passati da 26 enti a 43. I profili concernenti (i) l'identificazione del garante, mediante indicazione della ragione sociale; (ii) la data del rilascio; (iii) l'importo della fideiussione; (iv) il riferimento al singolo contratto garantito; (v) il termine di scadenza sono stati oggetto di un'attenta analisi da parte degli enti del sistema.

Ad esempio, erano molteplici gli enti analizzati che nel 2022 non delineavano un quadro esaustivo in merito ai profili sopraindicati, la maggior parte delle risposte pervenute non rispettava gli standard minimi che potesse garantire un adeguato controllo.

Con la predisposizione del follow-up e dall'analisi delle informazioni acquisite è stata notata una tendenza che si contrappone rispetto al passato, ad oggi gli enti riescono a garantire le informazioni minime richieste indicando in maniera precisa i profili ritenuti di fondamentale importanza per lo svolgimento dell'attività.

Ciò premesso, sono stati analizzati i controlli eseguiti dagli enti circa il profilo della legittimazione soggettiva, là dove il garante sia un istituto bancario o finanziario.

In relazione agli intermediari bancari e finanziari, infatti, la normativa di riferimento è contenuta nel D. Lgs. 385/1993 (cd. *Testo Unico Bancario*) e dal relativo regolamento di attuazione (D.M. 2 aprile 2015, n. 53). Ai sensi del D. Lgs. 385/1993 l'attività di rilascio di garanzie nei confronti del pubblico è riservata esclusivamente

a Banche o ad Intermediari finanziari o Confidi maggiori iscritti nell'albo di cui all'art. 106 del decreto.

In particolare, è possibile conseguire l'iscrizione all'Albo a seguito del positivo riscontro circa determinati requisiti organizzativi e di capitale, stabiliti dalle disposizioni di vigilanza e dalla circolare n. 288 del 3 aprile 2015 della Banca di Italia. Tali indici, dunque, assegnano al singolo istituto un implicito giudizio di solidità finanziaria, da cui è lecito desumere l'idoneità dello stesso alla prestazione del servizio di stipulazione dei contratti di fideiussione.

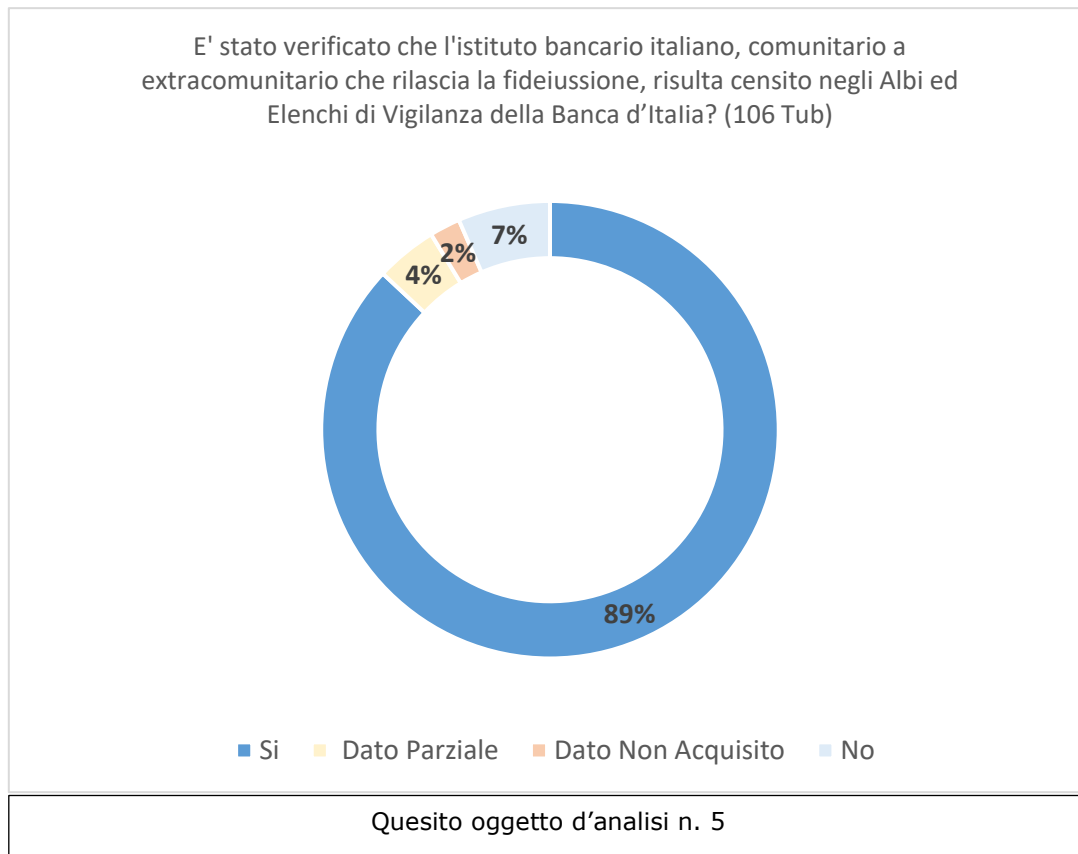
Qualora la garanzia sia costituita da una fideiussione, è dunque necessario verificare che la stessa sia rilasciata da una banca italiana, comunitaria o extracomunitaria, censita negli Albi ed Elenchi di Vigilanza pubblicati dalla Banca d'Italia, oppure da un intermediario finanziario, italiano o estero, o un confidi maggiore, censito in apposita lista consultabile sul sito di Banca d'Italia (la quale censisce gli enti abilitati al rilascio di garanzie non mutualistiche).

Benché i confidi minori svolgano attività di natura finanziaria, gli stessi non sono tuttavia autorizzati al rilascio di garanzie al beneficio delle pubbliche amministrazioni, essendo abilitati esclusivamente alla stipula garanzie collettive fidi, e, dunque, fuoriescono dall'ambito di indagine della presente analisi.

La Banca di Italia, inoltre, presta un ulteriore servizio utile ai controlli che le pubbliche amministrazioni possono svolgere in relazione alla stipula di un contratto di garanzia: la redazione di una *lista di anomalia*, non tassativa né esaustiva, al cui interno sono riportati i soggetti in relazione ai quali siano pervenute segnalazioni alla stessa Banca di Italia. In tal modo, è possibile per gli enti pubblici effettuare un controllo preliminare rispetto alla stipula di un contratto di fideiussione, verificando la lista dei soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione e visionando l'elenco di soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria o finanziaria in Italia.

Si comprende dunque la necessità di indagare quanti tra gli enti del SiReg siano avveduti circa l'opportunità di svolgere un siffatto controllo, prima di procedere alla stipulazione di una garanzia finanziaria a proprio favore.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 5**, infatti, si analizza se venga svolta una verifica che l'istituto bancario italiano comunitario o extracomunitario fideiussore risulti censito negli elenchi e negli albi della Banca d'Italia, ai sensi del 106 D. Lgs. 385/1993.

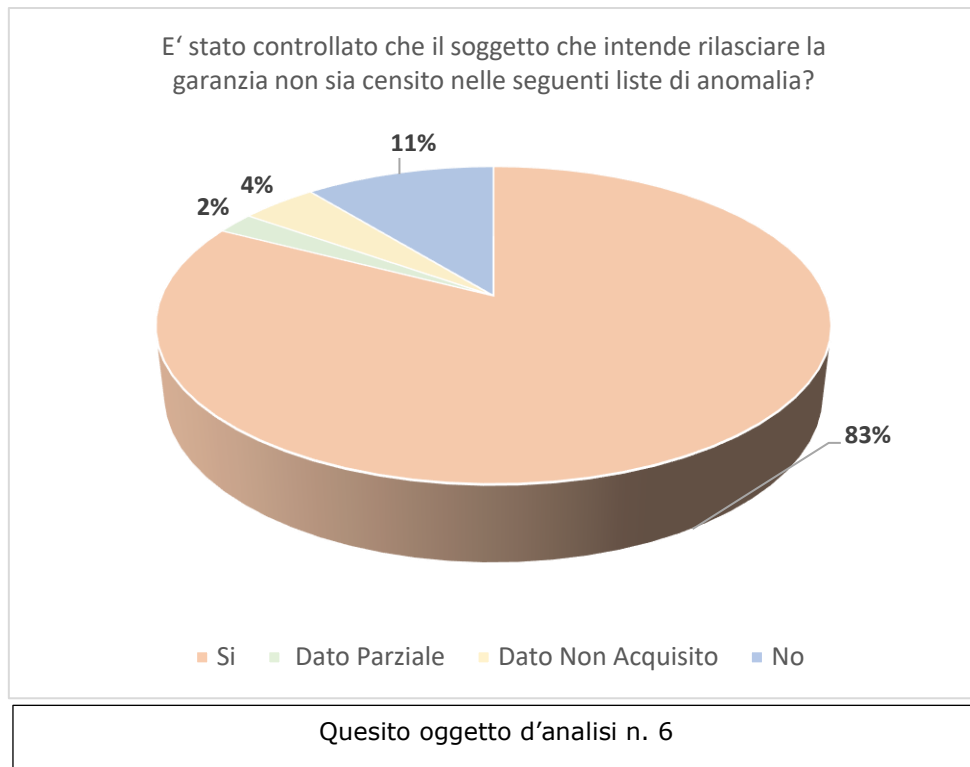


Ebbene, l'89 % degli enti ha dichiarato di effettuare tale controllo preliminare. Viceversa, il 7% ha esplicitamente dichiarato di non effettuare una simile verifica prima della stipula, mentre del 2% dei "dati non acquisiti", non si è allo stato in grado di riferire se una simile indagine venga compiuta o meno.

Nel caso di specie, tuttavia, può positivamente essere evidenziato il "dato parziale" composto dal 4% dei soggetti campionati, atteso che gli stessi hanno genericamente dichiarato di svolgere un controllo circa la legittimità del fideiussore garante e che tale controllo non possa concretamente svolgersi se non mediante una disamina della sua iscrizione o meno nell'albo e nell'elenco tenuto dalla Banca di Italia.

Dal risultato acquisito si evince rispetto al passato un aumento percentuale del **17%** (72% nel 2022) ciò implica che da parte degli enti viene svolta una verifica in relazione al fatto che l'istituto bancario italiano, comunitari o extracomunitario che rilascia la fideiussione sia censito negli Albi ed elenchi di Vigilanza della Banca d'Italia (art. 106 TUB).

In modo speculare, con il **quesito oggetto d'analisi n. 6**, si è analizzato se venga controllato che il garante non risulti censito nelle citate liste di anomalia, redatte a cura della Banca di Italia, comprendenti i soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione e i soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria e finanziaria in Italia.

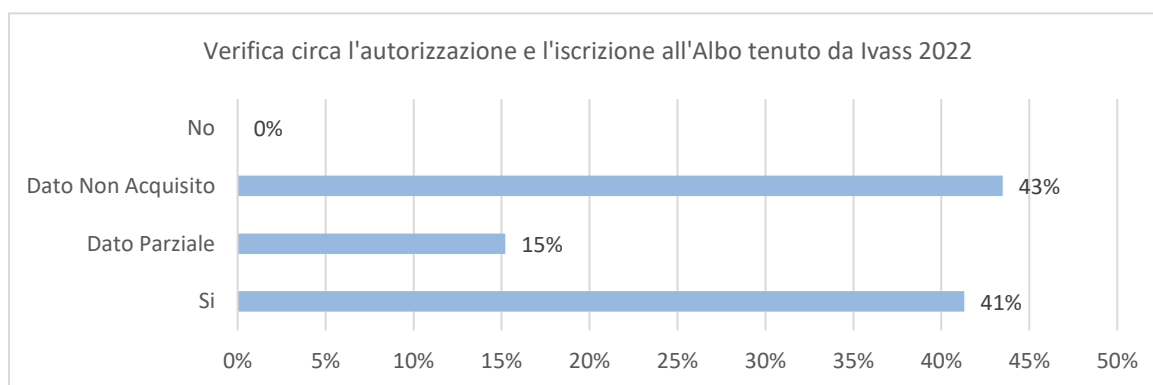
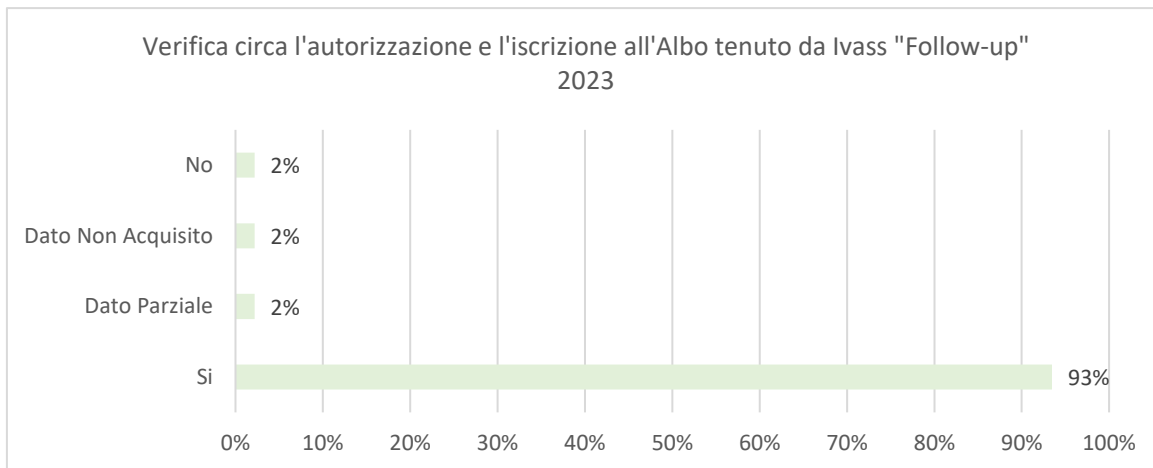


La quasi totalità degli enti analizzati, nella relazione conclusiva di risposta alla nota congiunta, dichiarano di aver effettuato esplicitamente il controllo in discorso, a fronte di un esiguo 11% che ammette di non aver svolto il controllo.

Il "follow-up" ha portato ad un incremento percentuale passato dal 46% del 2022 **all'83%** del 2023, dove gli enti analizzati dispongono degli opportuni controlli verificando che il soggetto non sia censito nelle liste di anomalia.

Per quel che concerne le garanzie fideiussorie prestate attraverso la stipulazione di polizze da società di assicurazione, abilitate ai sensi del D. Lgs. 209/2005 (cd. *Codice delle assicurazioni private*), si è analizzato il profilo del controllo sotto due punti di vista.

In primo luogo, con il **quesito oggetto d'analisi n. 7**, si è verificato se il controllo degli enti pubblici riguardi l'ottenimento dell'autorizzazione da parte dell'IVASS alla singola compagnia assicurativa italiana e, conseguentemente, se venga controllata l'iscrizione nell'albo delle imprese di assicurazione, tenuto dalla stessa Autorità Amministrativa Indipendente.



Quesito oggetto d'analisi n. 7

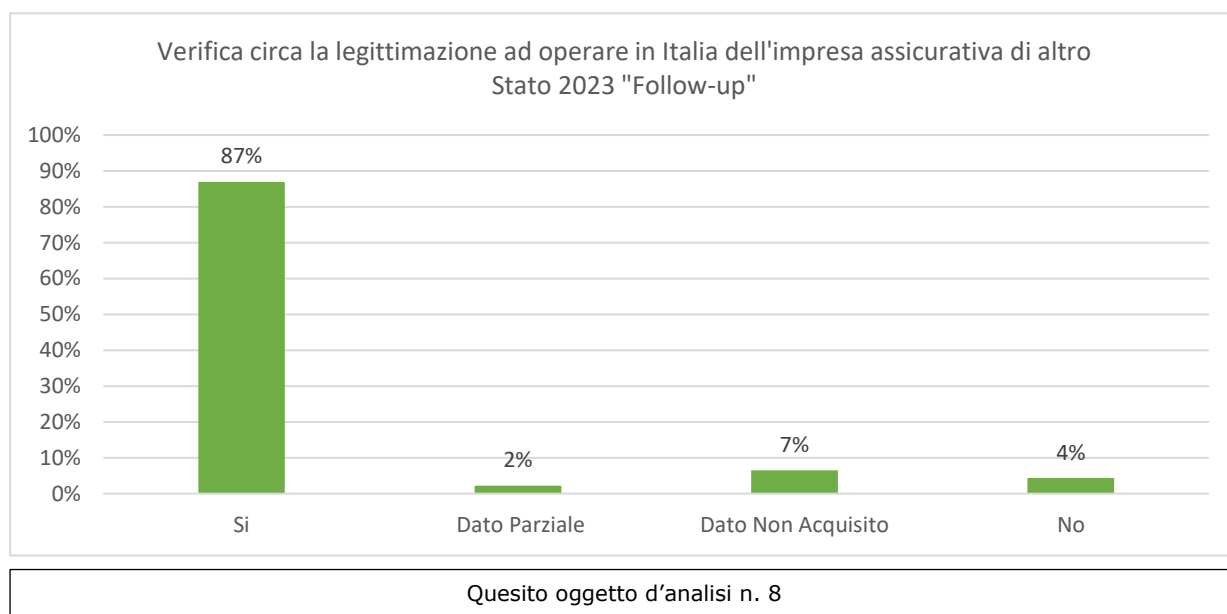
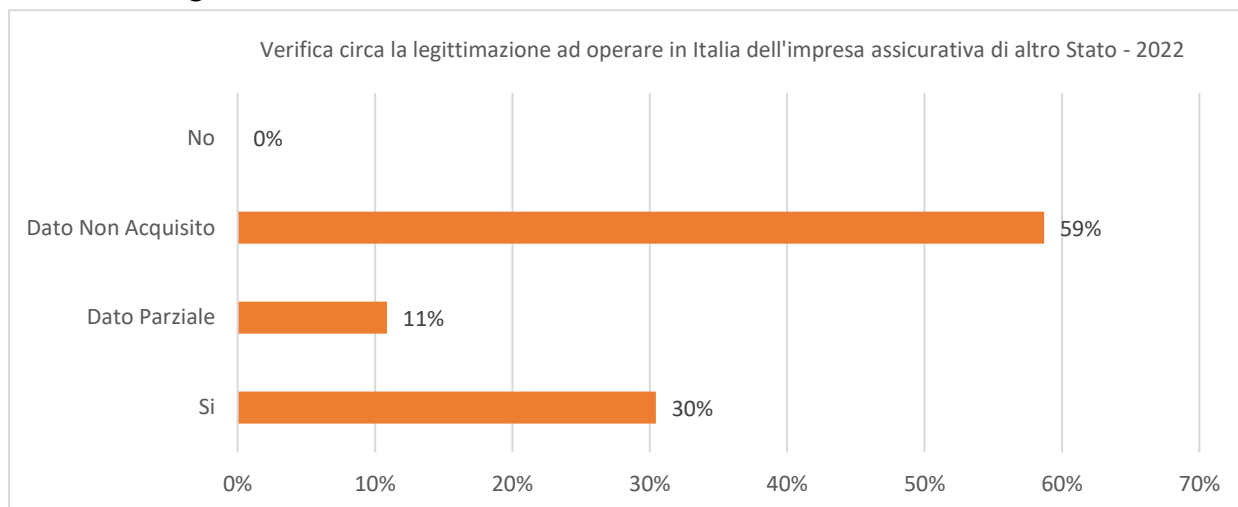
Dalla lettura dei dati emerge chiaramente una netta predominanza degli enti che hanno risposto in maniera positiva al quesito oggetto di analisi. Si è passati da un 41% del 2022 ad un 93%, **(+%52)**, con la drastica diminuzione delle risposte ricevute per quanto attiene al “dato non acquisito” (dal 43% al 2%) e “dato parziale” dal 15% al 2%).

Ciò consente di indicare con esito positivo che il monitoraggio compiuto da parte degli Enti SiReg, i quali ad oggi attestano che le società che prestano servizi di assicurazione sono iscritte nell'albo tenuto dall'IVASS.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 8**, invece, si è indagato se, in riferimento alle imprese di assicurazione con sede in un altro Stato membro dell'UE, venga compiuta una analisi per verificare se l'impresa sia abilitata ad operare in Italia nel “*ramo 15 – Cauzione*”, indipendentemente dalla predisposizione di una sede rappresentante stabile in Italia (cd. regime di libertà di stabilimento) o dallo svolgimento dell'attività senza sede stabile (cd. regime di libera prestazione di servizi).

Si tratta di forma minima di controllo, poiché la vigilanza sulle caratteristiche finanziarie di dette società è effettuata dalla autorità competente ad effettuare tale supervisione dello stato membro di origine.

È emerso nel corso del 2022 che più di un terzo degli enti vigilati hanno dichiarato esplicitamente di svolgere siffatta attività specifica di controllo o, almeno, dalla lettura delle relazioni di risposta alla nota congiunta può desumersi che tale controllo venga concretamente svolto.



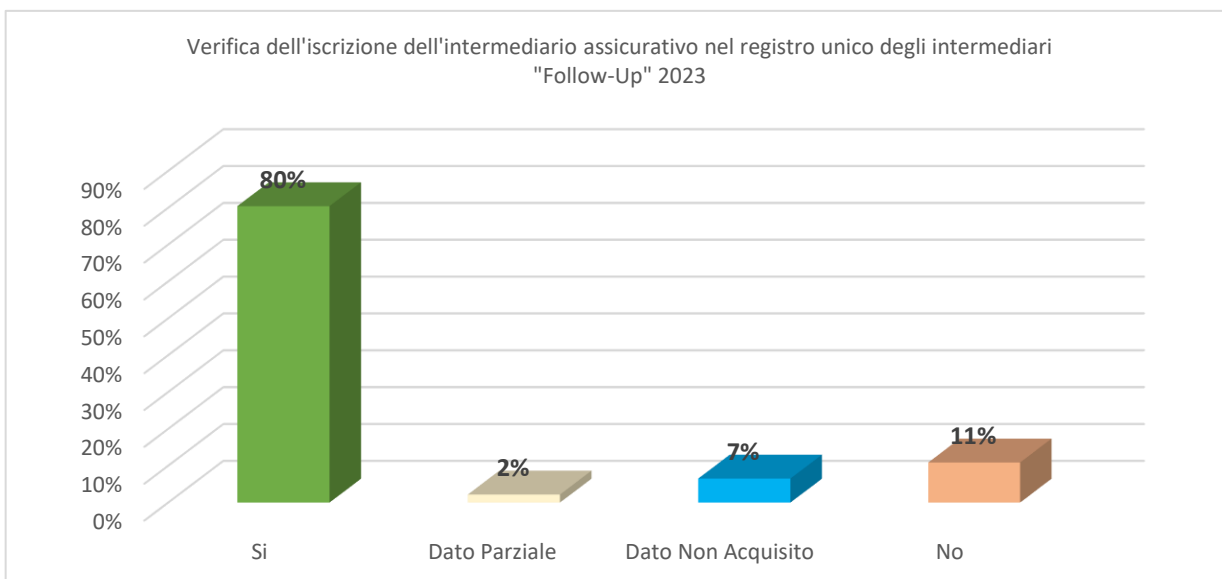
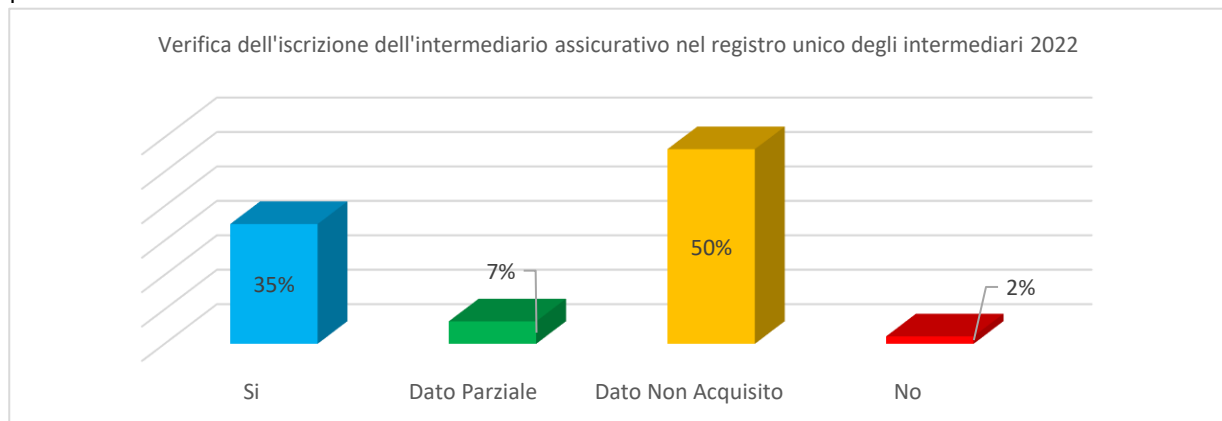
I controlli effettuati a seguito del "follow-up" hanno visto un netto cambiamento in base alle risposte acquisite dagli Enti SiReg, si è passati da un 30% di risposte positive del 2022 ad un **87% (+57%)** in relazione agli enti che dispongono verifiche circa la legittimazione ad operare in Italia dell'impresa assicurativa di altro Stato.

Di interessante lettura è la risposta in merito al "dato non acquisito" del 2022, dal riscontro effettuato e dai dati analizzati vi è una netta diversificazione dovuta al fatto che nei precedenti dati analizzati, 27 enti non indicavano alcun tipo di attività in relazione al quesito oggetto di analisi.

Il follow-up ha fatto chiaramente emergere come gli enti si siano adoperati a disporre le opportune verifiche ed a oggi sono 40 gli enti, i quali controllano le

imprese di assicurazione con sede in un altro Stato membro dell'UE per verificare se l'impresa sia abilitata ad operare in Italia nel "ramo 15 – Cauzione".

Si è poi indagato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 9**, se gli enti analizzati svolgano un controllo circa la iscrizione dell'intermediario finanziario che ha proposto o che ha intermediato la polizza fideiussoria nell'apposito elenco pubblicato dall'IVASS.

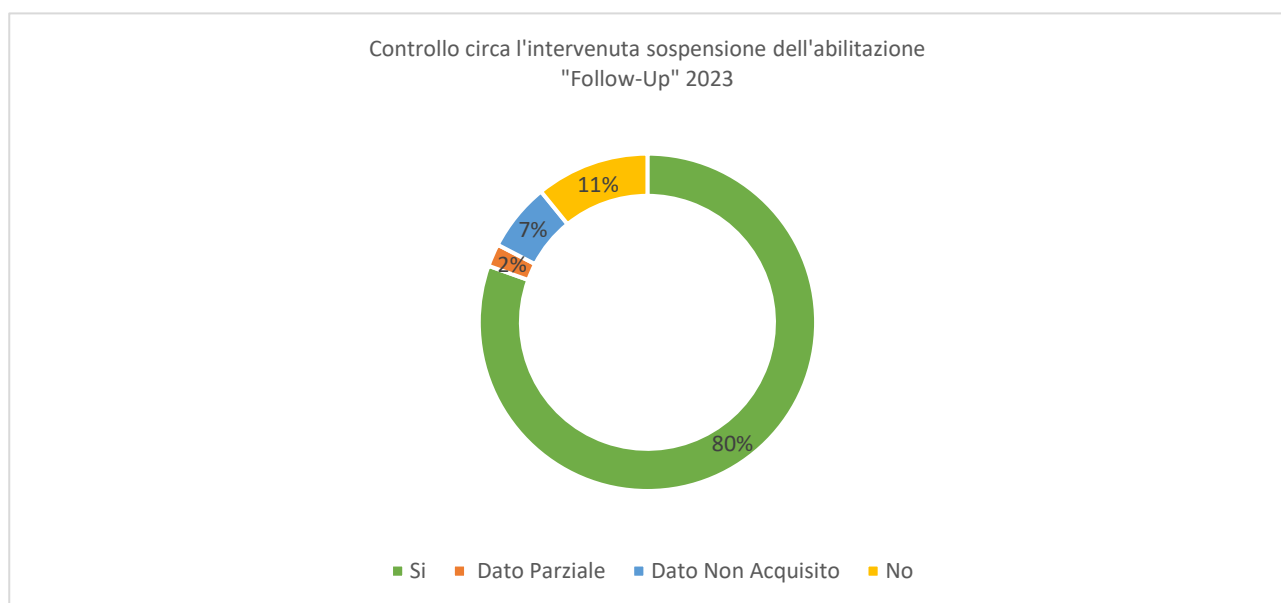
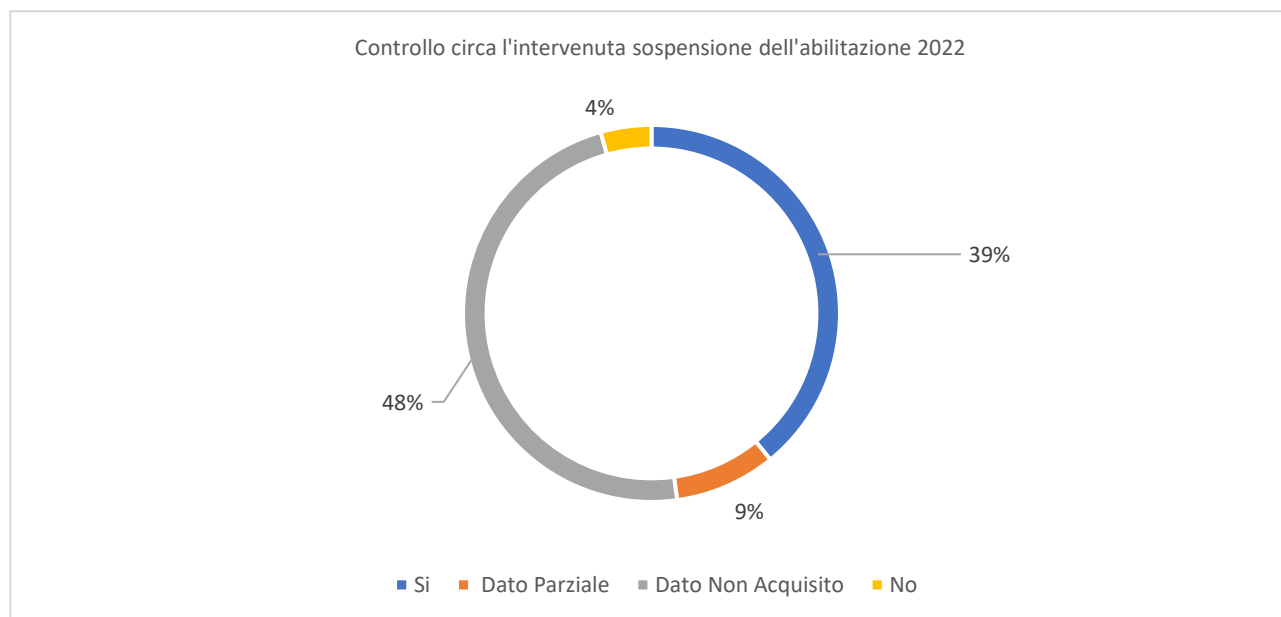


Quesito oggetto d'analisi n. 9

Da un confronto tra i due grafici emerge che il controllo ha subito un incremento percentuale del **+45%**, si è passati da un 35% del 2022 ad un **80%** del 2023. Diminuisce la percentuale del "dato non acquisito" in quanto gli enti nel 2022 non disponevano alcun tipo di controllo e dall'analisi dell'attività e non poteva evincersi un quadro delineato sul quesito oggetto di analisi.

Il contesto odierno appare più delineato e definito, qualora sia presente un intermediario assicurativo – broker o agente – viene verificata la sua regolare iscrizione nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi o nell'elenco degli intermediari UE, pubblicati sul sito dell'IVASS.

Infine, con il **quesito oggetto d'analisi n. 10**, si è focalizzata l'attenzione sul controllo circa l'eventuale sospensione dall'abilitazione



Quesito oggetto d'analisi n. 10

In merito al controllo sull'eventuale sospensione dell'abilitazione il "follow-up" ha comportato un aumento del **+41%** (si è passati dal 39% del 2022 ad un 80% del 2023).

Gli enti che nel 2022 fornivano riscontro positivo al quesito oggetto di analisi erano solamente 16, mentre adesso sono pari a 37.

Appare opportuno analizzare l'andamento del c.d. "dato non acquisito", nel 2022 era configurabile con un 48%, nel 2023 è pari al 2% ciò implica essenzialmente che, se dalla lettura della relazione fornita nel 2022 non emergevano alcun tipo di

elementi idonei a ritenere l'adempienza o meno del quesito, in quanto gli enti non fornivano espressa risposta, il follow-up ha portato ad un riscontro con espressa analisi.

Alla luce dell'attività svolta appare opportuno indicare un prospetto informativo in merito alla prima parte della check list oggetto di analisi: *“Verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione”*.

La nota congiunta disposta dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e dal Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia fa emergere una notevole positività in relazione all'acquisizione dei dati forniti dagli enti campionati.

Nel 2022 i dati acquisiti (Parte I check-list) erano i seguenti:

- 47% “Sì”
- 14% “dato parziale”
- 37% “dato non acquisito”
- 2% “No”

Il follow-up 2023 ha portato ad un aggiornamento dei dati:

- 87% “Sì”
- 2% “dato parziale”
- 4% “dato non acquisito”
- 7% “No”

La lettura dei dati lascia intendere una maggiore accuratezza degli Enti SiReg nel disporre i relativi controlli in merito ai quesiti analizzati (dal n. 3 al n. 10).

L'interesse dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia con il follow-up è volto a garantire dei livelli minimi di adeguatezza che gli enti devono avere per fronteggiare eventuali situazioni di rischio. Il lavoro svolto ha evidenziato elementi positivi e incoraggianti: l'insieme dei soggetti pubblici campionati ad oggi ha fornito un riscontro pari all'**87% (+40% del 2022)**.

3.2. Parte II: Rischio contraffazione e idoneità della garanzia.

L'analisi in relazione alla Parte II della check-list avente ad oggetto *“il rischio di contraffazione e idoneità della garanzia”* parte dall'analisi dei dati acquisiti con il monitoraggio disposto del 2022. In questo semestre l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo congiuntamente al Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia, ha analizzato i dati effettuando una comparazione per verificare le azioni di miglioramento disposte dagli Enti del SiReg o eventuali discrasie rispetto al passato.

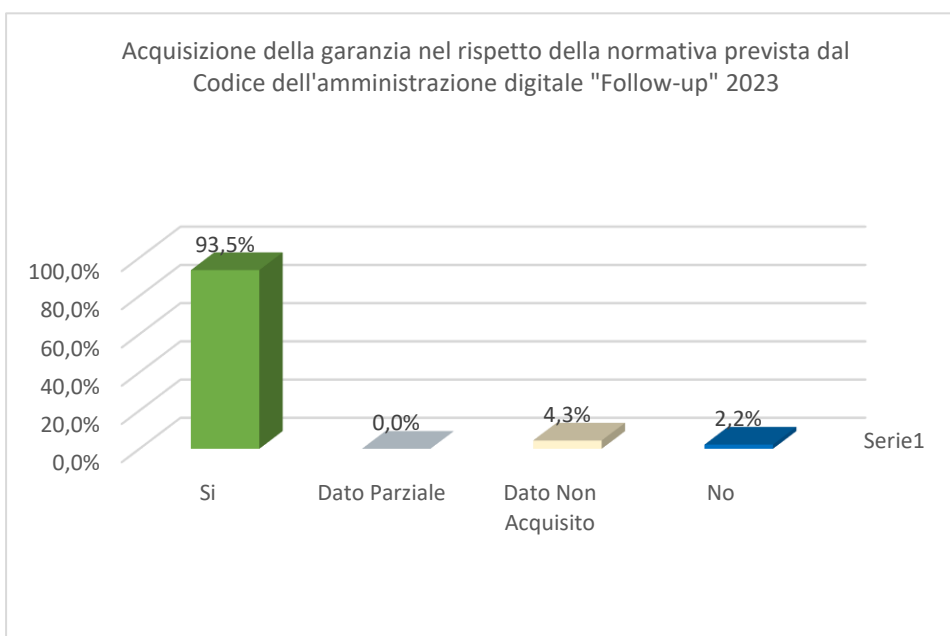
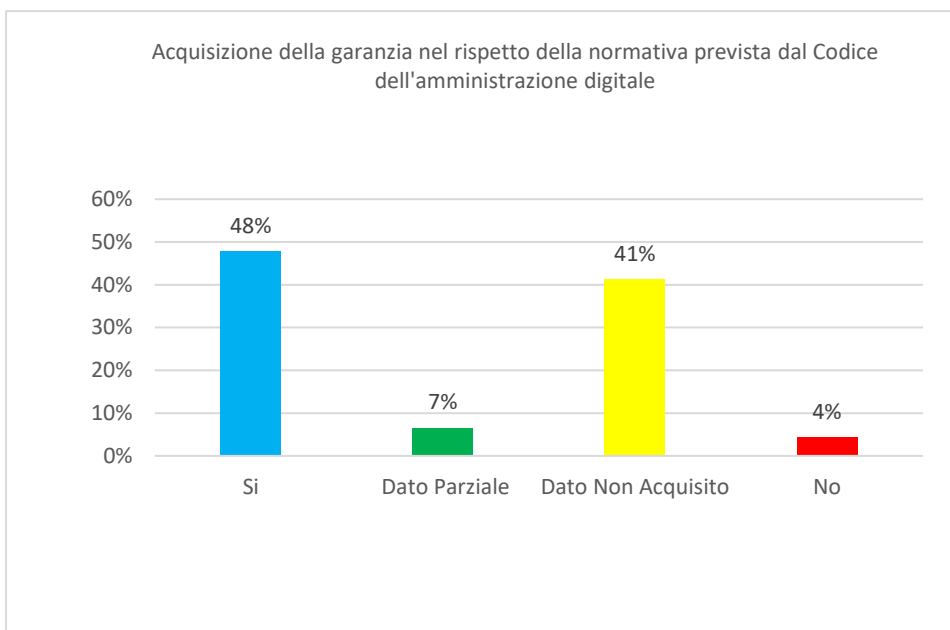
L'esperienza ha dimostrato che talvolta si possa assistere ad episodi di contraffazione delle garanzie. La tendenza all'aumento del fenomeno dell'abusivismo è riportata anche nel documento *“Garanzie finanziarie: suggerimenti per le pubbliche amministrazioni e altri beneficiari”*, a firma congiunta di IVASS, Banca d'Italia, ANAC e AGCM.

In relazione a tale profilo, si è analizzato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 11**, se gli enti controllino che la garanzia venga presentata in originale informatico e firma elettronica qualificata o copia informatica di documento analogico o duplicato informatico di originale informatico, in modo da assicurare il rispetto della normativa contenuta nel D. Lgs. 82/2005 (cd. *Codice dell'amministrazione digitale*).

I dati relativi alle sottoscrizioni di firma, in particolare, forniscono indicazioni sui recapiti indicati nel contratto, di modo che possa essere intentata una analisi al fine di verificare il riscontro reale dei recapiti forniti, lasciando così emergere, se del caso, l'utilizzo di recapiti *“di comodo”*.

La redazione del contratto con le forme prescritte dal Codice dell'amministrazione digitale, inoltre, consentirebbe di attenzionare il marchio e la denominazione sociale delle imprese di assicurazione, rendendo possibile la verifica degli estremi di indicazione dell'intermediario finanziario.

Il 48% degli enti ha dichiarato di seguire la cautela in discorso, acquisendo la garanzia nel rispetto della normativa del Codice dell'amministrazione digitale.



Quesito oggetto d'analisi n. 11

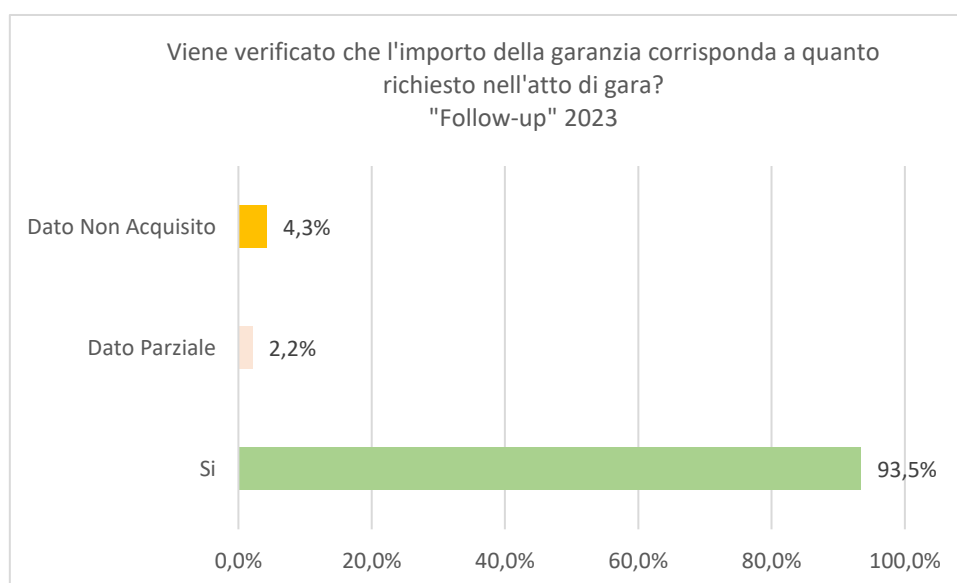
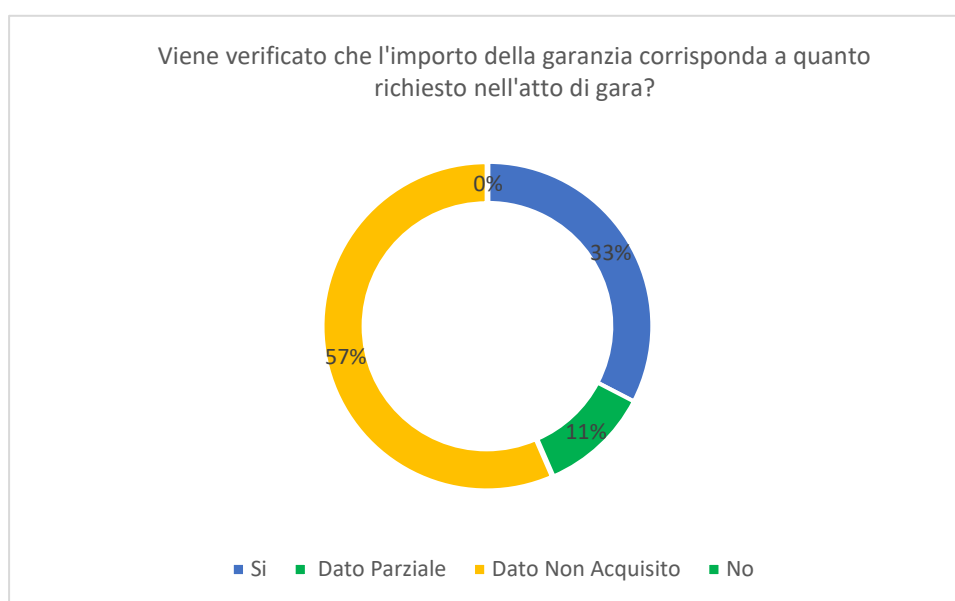
Dalla lettura dei dati facendo una comparazione con il 2022, appare evidente che il monitoraggio sull'acquisizione della garanzia nel rispetto previsto dalla normativa (Codice dell'Amministrazione Digitale D.lgs. 82/2005) ha portato a considerevoli aspetti di esito positivo.

L'indice percentuale del dato "si" è passato dal 48% del 2022 a **93,5%** nel 2023 **(+45.5%)**, gli enti che rispondevano in maniera positiva nel 2022 erano 22, ad oggi risultano essere 43.

Ulteriore aspetto che appare opportuno analizzare è il "dato non acquisito" se nel 2022 dalla lettura dei dati acquisiti gli enti campionati non davano riscontro

al quesito oggetto di analisi (41%), con il "follow-up" è avvenuta una drastica diminuzione, solo il 4,3%, ha fornito indicazioni poco chiare in merito al quesito.

Quanto al monitoraggio sostanziale sulla idoneità della garanzia prestata, invece, si è verificato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 12**, se vengano svolti dei controlli raffrontando specificamente l'importo garantito con quanto richiesto nell'atto di gara. Si è voluta infatti sottolineare l'importanza del corretto svolgimento di una verifica, preliminare rispetto alla stipula, finalizzata a comprendere se il contratto di garanzia negoziato copra integralmente il valore economico finanziario relativo all'acquisto di un bene o di un servizio, accertato mediante gli strumenti contrattuali previsti dal D. Lgs. 50/2016 (cd. *Codice dei contratti pubblici*).



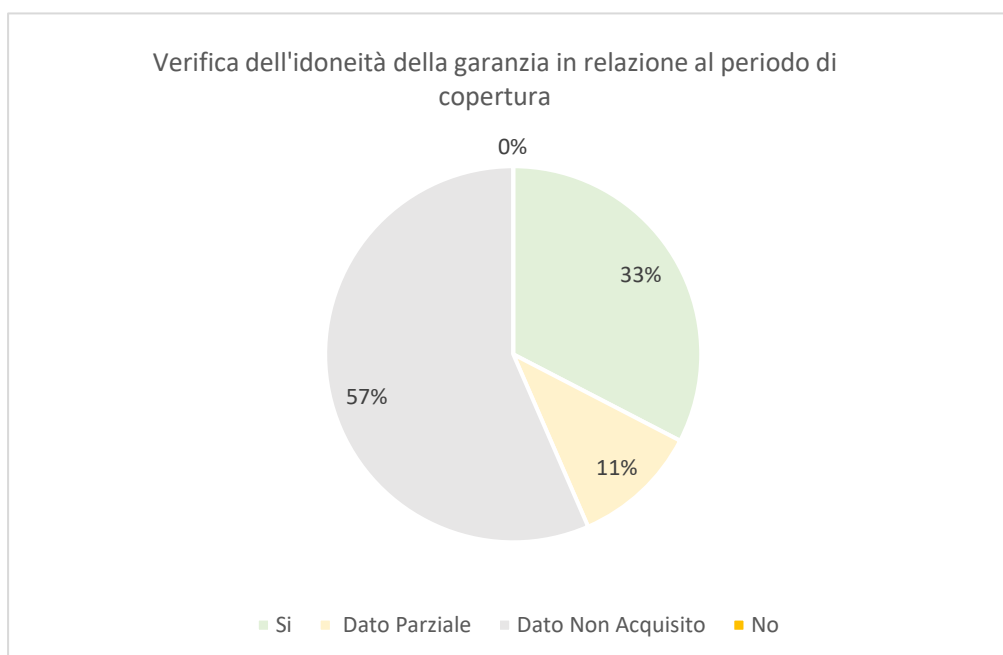
Quesito oggetto d'analisi n. 12

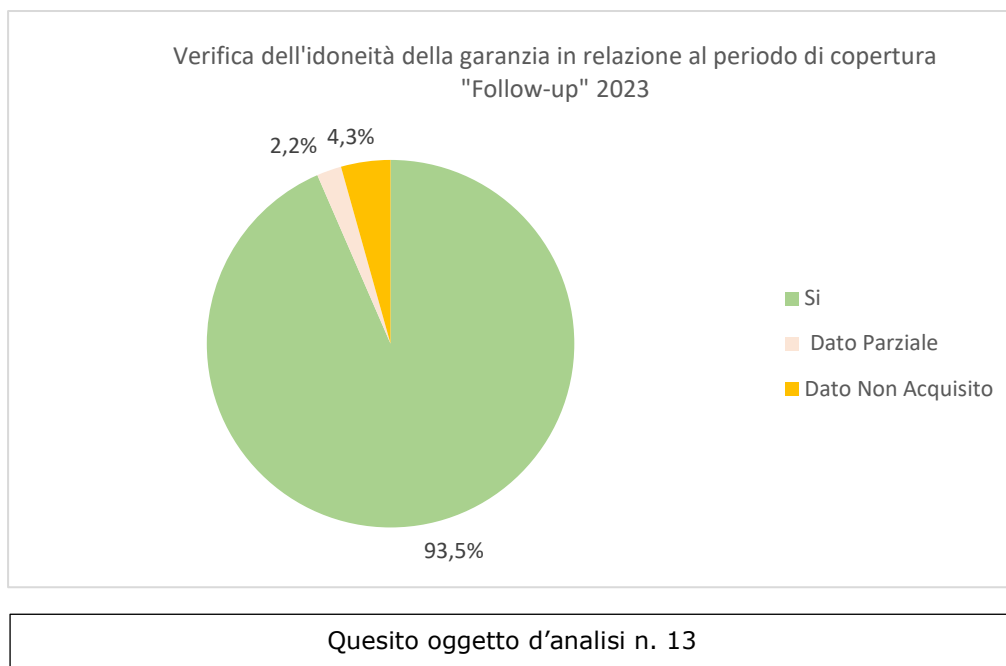
Con il “follow-up”, il risultato ottenuto è positivo: il **93,5%** degli enti del SiReg ha espressamente dichiarato di svolgere tale controllo, a differenza del 2022, in cui tale controllo veniva svolto solamente dal 33%. Gli enti che verificano l'idoneità della garanzia in relazione al periodo di copertura ha subito un incremento percentuale del **60.5%**. Gli enti che nel 2022 davano una risposta con esito positivo erano 30, ad oggi sono 43.

In relazione al “dato non acquisito” si è passati da un 57% del 2022 ad un **4.3%** del 2023. In merito al “dato parziale” se nel 2022 l'indice era pari all'11% ad oggi è al 2.2%.

Dall'analisi dei riscontri pervenuti nessun ente del sistema ha fornito riscontro negativo in merito al quesito oggetto di analisi.

Sempre in relazione al profilo delle verifiche sostanziali sulle singole fideiussioni, si è voluto raffrontare il contratto di garanzia con la specifica obbligazione garantita in riferimento alla durata temporale del contratto principale: si è così analizzato, con il **quesito oggetto d'analisi n. 13**, quanti enti controllino l'idoneità della cauzione in relazione al periodo di copertura, a sua volta determinato nel singolo contratto per l'acquisto di beni o servizi.





Nel 2022 a fronte di un 33% di soggetti vigilati i quali hanno dichiarato di svolgere un giudizio di idoneità tra il contratto di fideiussione e il periodo di copertura, il 57% dei soggetti vigilati non ha relazionato alcunché sul punto, sicché, come chiarito nella metodologia di analisi, non è possibile allo stato asserire che tale tipologia di controllo venga svolta o meno.

La correlazione tra il contratto di garanzia e il contratto garantito emerge anche attraverso l'utilizzo dell'istituto della proroga: come noto, può sorgere la necessità di prorogare il termine di efficacia finale del contratto pubblico a ragione della non completa esecuzione delle prestazioni pattuite entro il termine originario di scadenza. Sorge in tal caso la necessità di estendere la polizza fideiussione al periodo ulteriore di efficacia contrattuale, prorogato successivamente rispetto al momento dell'originaria stipulazione.

Nel corso del 2023 dall'acquisizione dei dati, gli enti vigilati che hanno svolto un controllo in merito alla verifica dell'idoneità della garanzia in relazione al periodo di copertura è pari al **93.5%** (un aumento percentuale del 63.5%) in contrapposizione all'anno precedente.

Gli enti che fornivano riscontro positivo al quesito oggetto di analisi nel 2022 erano 15, ad oggi sono 43.

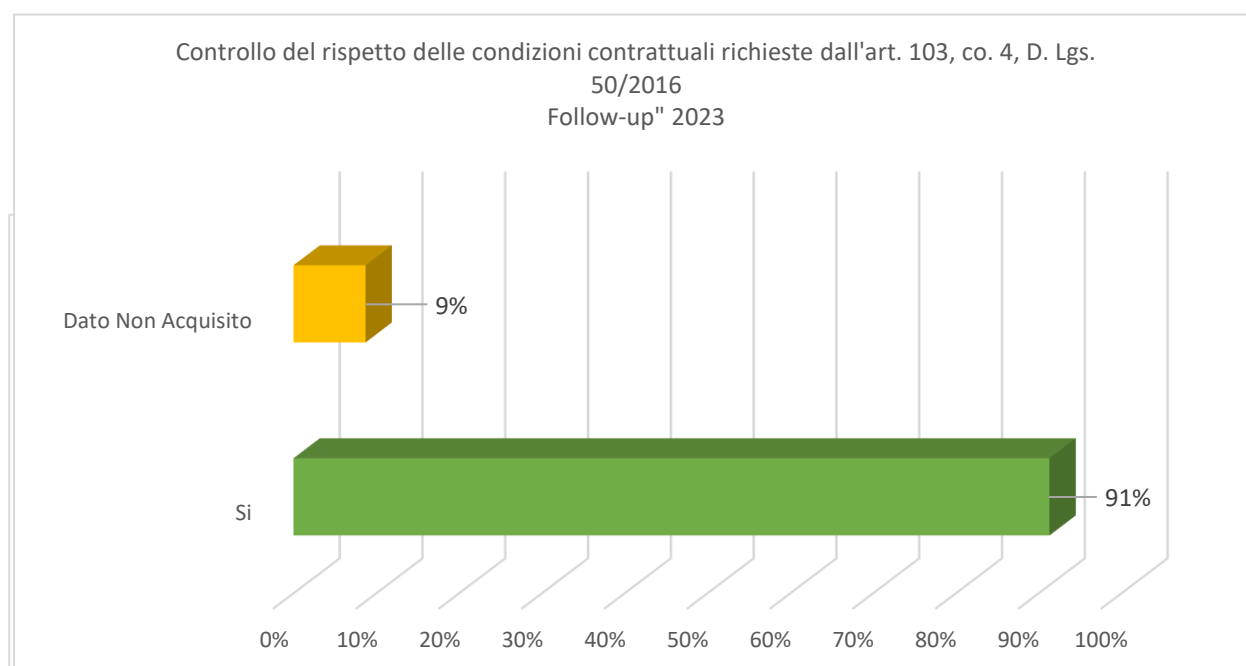
Infine, con l'ultimo **quesito oggetto d'analisi in merito alla parte II: "Rischio contraffazione e idoneità della garanzia"** si è analizzato se gli enti verificano che il singolo contratto di garanzia rispetti le condizioni richieste dall'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/2016. La norma in commento dispone che la garanzia fideiussoria definitiva stipulata in riferimento ad un determinato contratto pubblico deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore

principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, co. 2, c.c., nonché l'operatività della garanzia a semplice richiesta scritta della stazione appaltante.

Attraverso l'inserimento di una clausola che preveda la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore garantito, il fideiussore può limitarsi a opporre il cd. *beneficium ordinis*: laddove richiesto del pagamento dell'obbligazione garantita da parte della Pubblica Amministrazione, il garante può pretendere che la richiesta di adempimento sia previamente indirizzata all'obbligato in via principale (l'aggiudicatario), ma questi non potrà richiedere la previa attivazione di una procedura esecutiva nei confronti del debitore originario. Mediante la previsione della clausola in discorso, dunque, si abbreviano i termini con cui la pubblica amministrazione garantita può conseguire la somma di garanzia in caso di inadempimento degli obblighi contrattuali.

Con la rinuncia alla facoltà di eccepire l'eccezione di cui all'art. 1957, co. 2, c.c., invece, si vuole conseguire il risultato del mantenimento in vita dell'obbligazione di garanzia oltre il termine di efficacia dell'obbligazione garantita, di modo da consentire alla pubblica amministrazione di escutere il garante anche in un momento successivo rispetto alla durata del contratto principale, consentendo un agevole incameramento della garanzia anche là dove l'inadempimento agli obblighi assunti emerge con notevole distanza di tempo rispetto alla stipula del contratto pubblico.

Infine, l'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/2016, richiede che i contratti di garanzia siano stipulato secondo il modello tipologico della cd. "garanzia a prima richiesta", in base al quale il fideiussore è tenuto all'immediato versamento della somma a favore del creditore, con possibilità di opporre le eccezioni possibili in un momento



successivo rispetto al pagamento. In tal modo, l'ente garantito può riscuotere immediatamente la somma garantita e affrontare la controversia sulle eccezioni sollevate in seguito, realizzandosi così la finalità "cauzionale" consistente nell'ottenere immediatamente l'oggetto della garanzia e nel "litigare" successivamente.

Il "follow-up" ha portato ad un controllo ulteriore degli enti vigilati sul rispetto delle condizioni contrattuali previste dal codice dei contratti pubblici.

Ebbene, nessun ente analizzato ha dichiarato di non effettuare il controllo circa il rispetto delle condizioni contrattuali richieste dall'art. 103, co. 4, D. Lgs. 50/16.

Dalla lettura dei dati acquisiti emerge che il **91%** degli Enti SiReg dispone controlli in contrapposizione al 46% del 2022 (+45%).

Tra il 2022 e il 2023 il "dato non acquisito" è calato dal 48% al **9%**, nessuno dei 46 enti campionati ha risposto negativamente in merito al quesito analizzato.

3.3. Parte III: Verifica della solvibilità garante, della conservazione della garanzia e dello svincolo.

Il soggetto legittimato a stipulare contratti di fideiussione a favore della pubblica amministrazione, in relazione agli acquisti di beni o di servizi che la stessa debba compiere per il perseguimento dell'interesse pubblico, è sottoposto ad un regime di vigilanza prudenziale ad opera della Banca di Italia o dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, come si è visto analizzando la parte I della check list. Ciò nonostante, il garante potrebbe non essere concretamente in grado di adempiere alla propria obbligazione di garanzia, specie in relazione a contratti pubblici garantiti con importi elevati.

Per tali motivi, e per evitare di incorrere nel rischio di escutere infruttuosamente il garante, è necessario che le pubbliche amministrazioni acquisiscano informazioni specifiche in relazione alla solvibilità dei fideiussori. Il controllo sulla solvibilità del garante può sostanziarsi, oltre che nella consultazione del bilancio della società, nell'analisi degli indicatori di adeguatezza patrimoniale e della relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria che, rispettivamente, gli intermediari finanziari e le imprese di assicurazione pubblicano sui propri siti.

Con il primo quesito della "Parte II della check-list" è stato chiesto ai 46 enti campionati se verificano la solvibilità del garante con cui stipulano un contratto di fideiussione.

Nel 2022 l'analisi che poteva essere desunta dall'analisi dei dati acquisiti era che il 46% disponeva delle verifiche, l'11% forniva un "dato parziale", il 39% forniva un "dato non acquisito" e il 4% degli enti indicava una risposta negativa.

Nel corso del 2023, l'analisi congiunta dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo con il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia ha evidenziato delle criticità in relazione al quesito oggetto di analisi.

Partendo da un'analisi puramente prospettica, che cerca di fornire nel dettaglio i dati acquisiti, è opportuno soffermarsi sulle risposte pervenute.

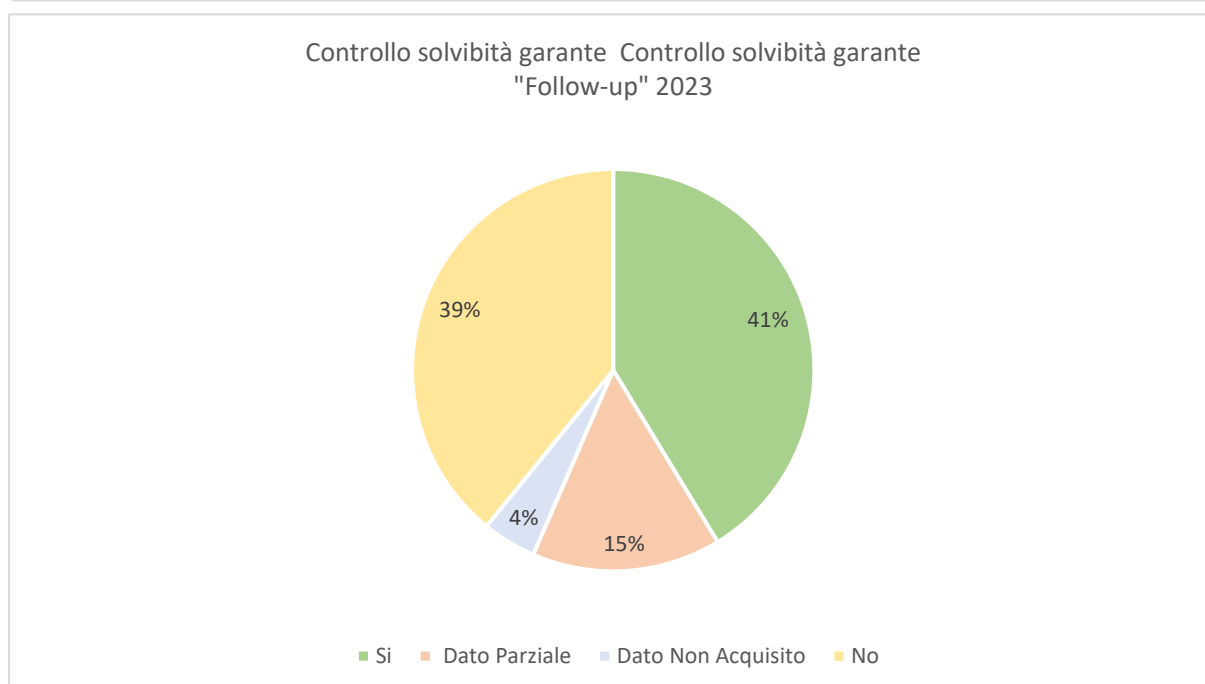
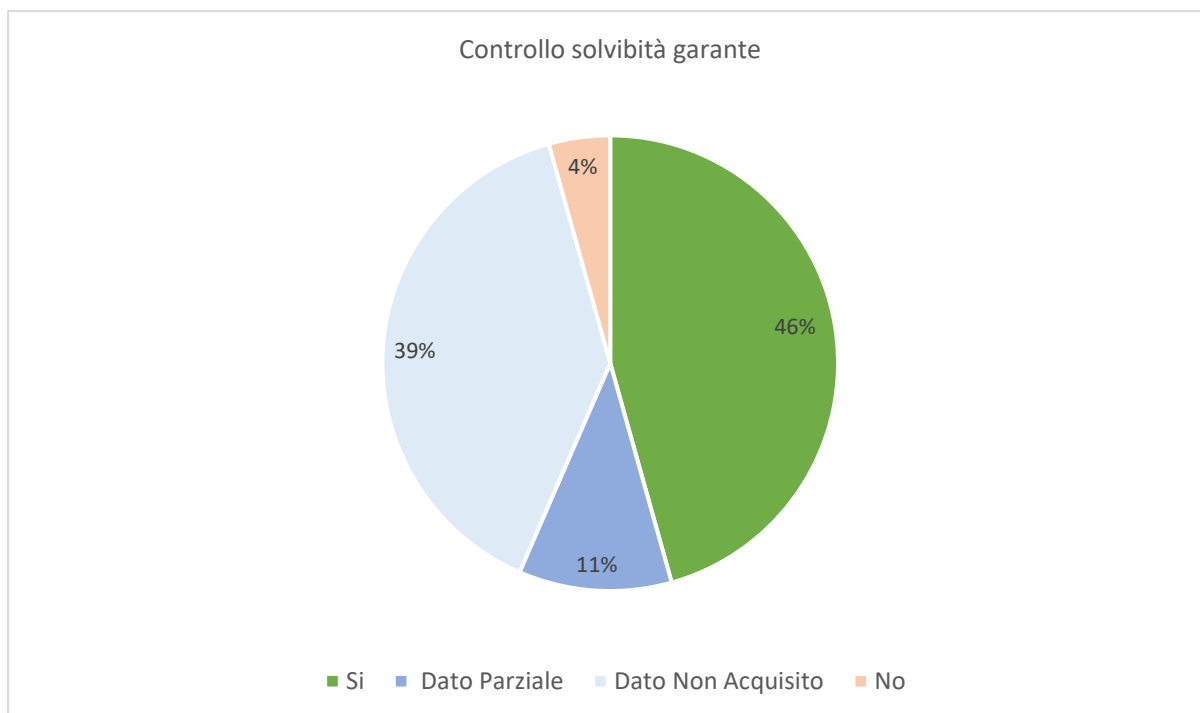
I risultati evidenziano che nel 2023:

- Il 41% degli enti campionati effettua gli opportuni controlli;
- Il 15% è circoscrivibile ad un "dato parziale"
- Il 4% "dato non acquisito"
- Il 39% ha fornito una risposta negativa

La diminuzione del "dato non acquisito" rispetto al 2022 **(-35%)** indica la circostanza che dalla lettura della relazione fornita dall'ente non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempienza al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto.

Dalla lettura dei dati che emerge nel 2023 è quella che gli enti del sistema campionati non controllano appieno la solvibilità del garante, appare opportuno porre l'attenzione sul tema in oggetto, poiché vi sono dei soggetti i "garanti", coloro i quali prestano delle garanzie fideiussorie e potrebbero non essere in grado di adempiere alle obbligazioni assunte, specie in relazione a contratti pubblici con importi di cospicuo valore.

Per tale motivo, gli enti campionati per evitare di escutere infruttuosamente il garante dovrebbero acquisire informazioni specifiche in relazione alla solvibilità degli stessi prima della stipulazione del contratto.



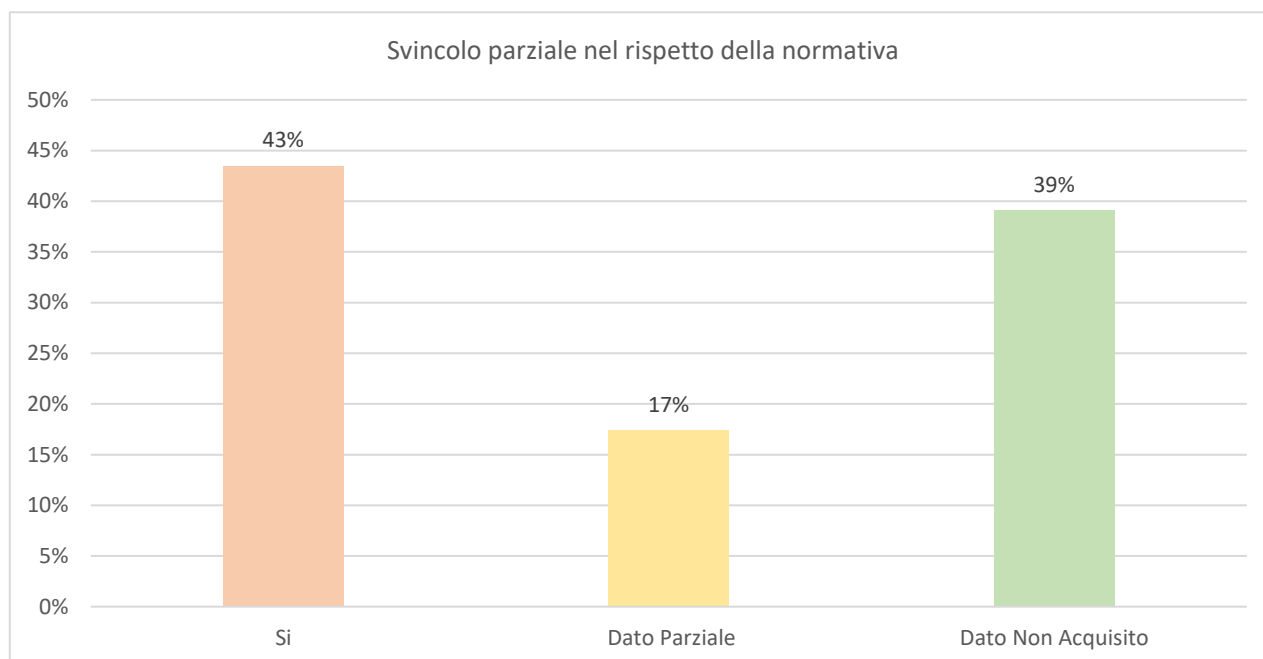
Con il **quesito oggetto d'analisi n. 16**, dunque, si è analizzato quanti enti del sistema regionale verificano le relazioni sulla solvibilità e la condizione finanziaria che le compagnie assicurative sia italiane che con sede in altri Stati UE pubblicano sui propri siti internet.

Dalle risposte acquisite con il "follow-up" 2023 è emerso un quadro di adempienza differente: solo il 20% degli enti campionati predispone gli opportuni controlli sulla condizione di solvibilità e finanziaria, mentre il 57% non attua alcun tipo

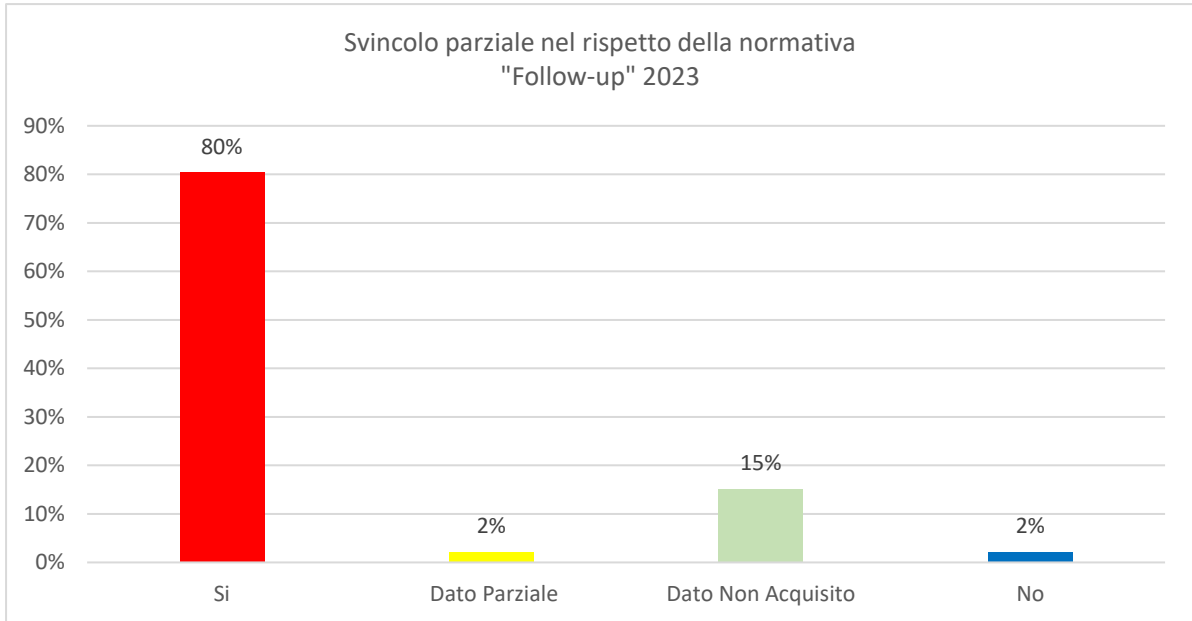
di analisi e/o controllo, in quanto dall'acquisizione dei dati forniti la risposta degli enti è stata di esito negativo.

Il 15% ha fornito un "dato parziale", mentre 9% "dato non acquisito", da cui non è desumibile l'attività predisposta.

Con il **quesito oggetto d'analisi n. 17**, si è analizzato se lo svincolo parziale delle garanzie contratte avvenga nel rispetto delle condizioni prescritte dall'art. 103, co. 5, D. Lgs. 50/2016. Tale norma prescrive che la garanzia definitiva dell'appaltatore debba essere progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione del contratto pubblico, nel limite massimo dell'80% dell'importo iniziale garantito e l'ammontare residuo deve permanere fino alla data di emissione del certificato di collaudo provvisorio dei lavori o del certificato di regolare esecuzione o, comunque, fino ai dodici mesi successivi rispetto alla data di ultimazione dei lavori.



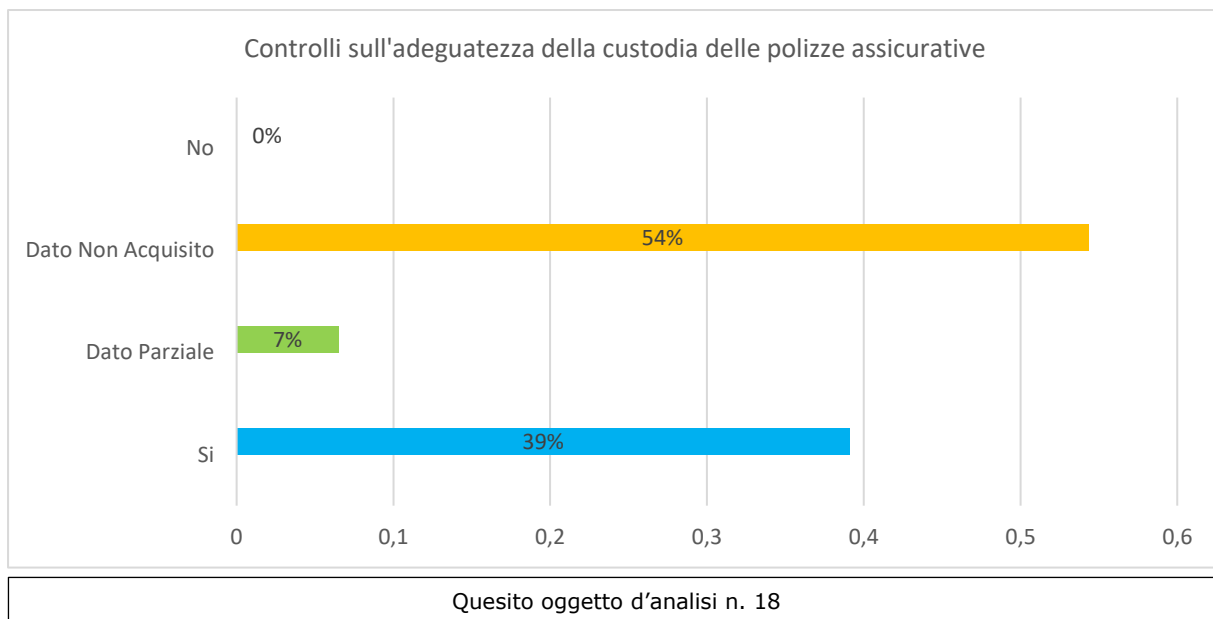
Il monitoraggio disposto nel 2022 aveva un quadro informativo ben delineato. Il 43% degli enti ha dato risposta positiva circa il rispetto delle condizioni previste dalla normativa per lo svincolo, il 17% forniva un "dato parziale" a fronte di un 39% di relazioni dalla lettura delle quali non emergono indicazioni in tal senso.



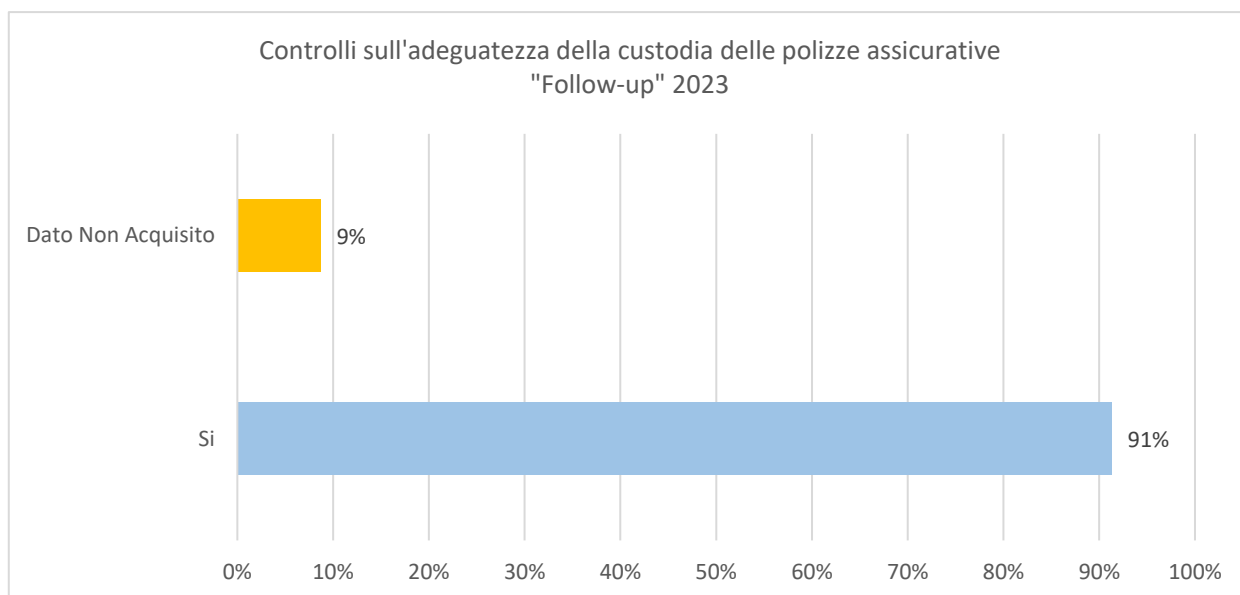
Il "follow-up" del 2023 ha portato a un innalzamento percentuale pari all'**80%** degli Enti SiReg che fornisce un riscontro positivo in merito allo svincolo parziale, (+37% rispetto al 2022).

Nel 2022 erano solo 20 gli enti che rispondevano in maniera positiva, i nuovi dati indicano che ad oggi sono 37 coloro i quali garantiscono il rispetto della normativa. Drastica diminuzione dalla lettura dei dati è relativa al "dato parziale"

Nel 2022 analizzando il **quesito oggetto d'analisi n. 18**, si è visto se gli enti SiReg custodiscano in modo adeguato le polizze assicurative. In tal caso, si assiste ad un 39% di risposte positive o da cui è dato potersi evincere un riscontro negativo (dato parziale), il 54% degli enti non ha fornito dati sul punto.



Con il "follow-up" 2023 si è assistito ad una tendenza in netta contrapposizione con il passato in quanto dall'analisi dei dati acquisiti appare evidente che il **91%** degli enti garantisce in maniera adeguata la custodia delle polizze assicurative. Un incremento percentuale del **+52%**, si è passati da un numero di enti pari a 18 che rispondevano con riscontro positivo a 42.



Sono 4 gli enti che hanno fornito un "dato non acquisito" in netta diminuzione rispetto al 2022, gli enti che rispondevano senza dare un riscontro netto al quesito erano pari a 25.

3.4. Parte IV: I controlli periodici

Di comune accordo prima di predisporre il “*follow-up*” sul monitoraggio delle garanzie fideiussorie, l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia hanno aggiunto all'interno della checklist la “*Parte IV: I controlli periodici*”, che sarebbe utile per sollecitare l'adozione di una procedura per il monitoraggio periodico con l'integrazione dei seguenti punti:

- (Quesito n. 19) Esiste una procedura che regolamenti l'esecuzione di controlli periodici?
- (Quesito n. 20) Se eseguiti, a quali punti della presente lista si riferiscono?
- (Quesito n. 21) Con che frequenza vengono effettuati?
- (Quesito n. 22) L'esito viene annotato sul Registro?”

La sensibilizzazione sui singoli requisiti è volta ad accertare e, dall'altro, per avere una dettagliata conoscenza della reale situazione.

Appare dunque opportuno premettere una illustrazione generale della metodologia seguita nell'esaminare le relazioni degli enti sul tema dei controlli periodici, in quanto dalle informazioni acquisite emerge un quadro eterogeneo e diversificato in relazione all'ente che ha fornito risposta.

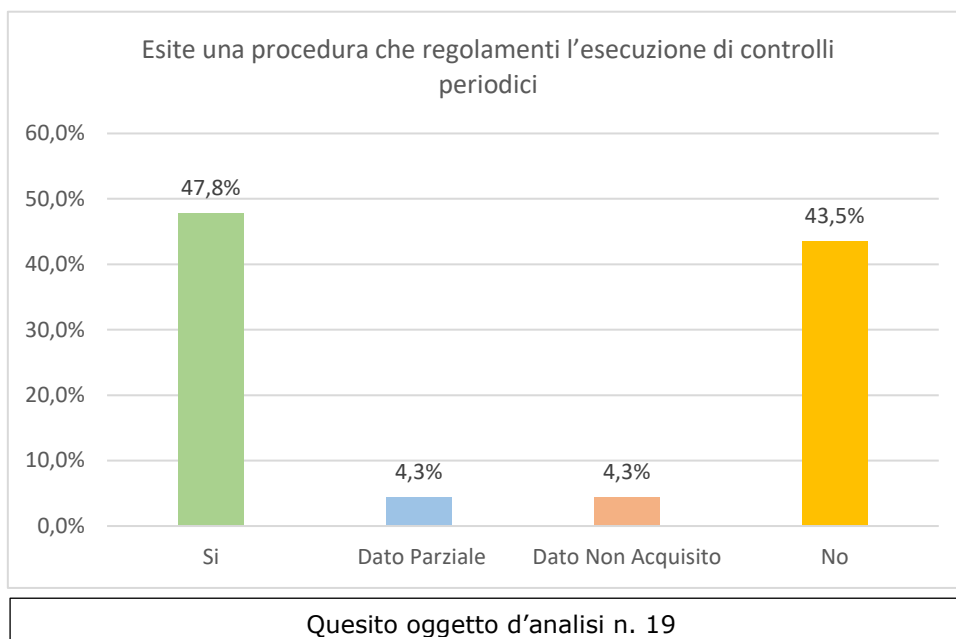
Con il **quesito oggetto d'analisi n. 19**, si è analizzato se esista una procedura che regolamenti l'esecuzione di controlli periodici. Dall'acquisizione dei dati si è evidenziato che non tutti gli Enti del sistema hanno attuato una procedura *ad hoc*.

Emerge una situazione diversificata, dove il **47,8%** ha fornito un riscontro positivo al quesito oggetto di analisi (22 enti hanno risposto positivamente), tra gli enti più virtuosi si è indicato che tale tipologia di controlli periodici viene effettuata tramite protocollo aziendale che prevede la corrispondenza dei valori iscritti nell'elenco delle fideiussioni/depositi cauzionali tenuto dalla direzione competente allo svolgimento di tale attività.

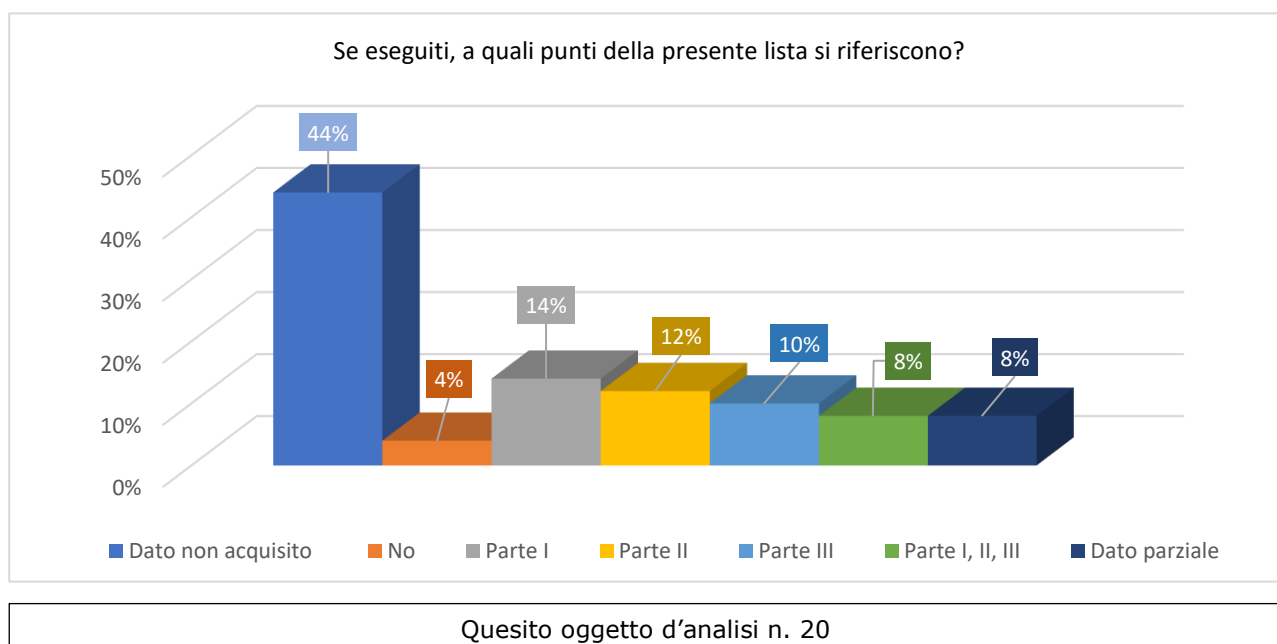
Il **4.3%** ha fornito una “dato parziale” dove si evidenzia il riscontro di una generica risposta positiva al quesito d'indagine, laddove, dalla lettura della relazione inviata dall'ente, non risulta l'indicazione specifica dei dati di dettaglio richiesti. Tale opzione compare, dunque, ogniqualvolta la relazione fornita consente di dedurre un generico riscontro positivo al quesito, senza però darne evidenza puntuale.

Il **4.3%** ha fornito un “dato non acquisito” della relazione fornita dall'ente non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempienza al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto.

Tra gli enti campionati il **43.5%** ha fornito un riscontro negativo non predisponendo delle misure volte allo svolgimento dei controlli periodici, nello specifico sono 20 gli enti che non regolamentano tale attività.



Con il **quesito oggetto d'analisi n. 20**, si è andato a verificare l'attività eseguita in merito ai controlli e il riscontro fornito dagli enti del sistema appare molto diversificato in quanto non vi è un'omogeneità in merito alla mappatura dei controlli ma l'attività eseguita varia in base all'ente di riferimento. La lettura dei dati fa apparire un'eterogeneità dei soggetti preposti all'attività di controllo



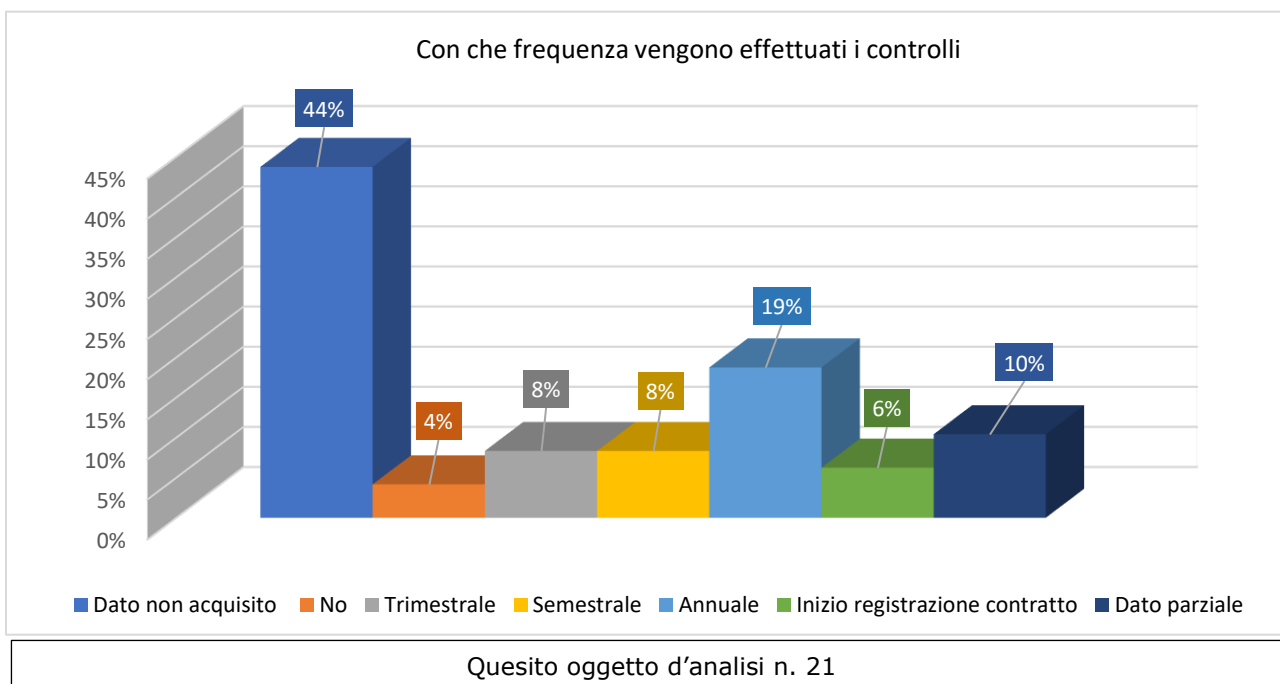
Dalla lettura dei dati acquisiti che un **44%** degli Enti SiReg non indica elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempienza al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto.

Solo il **14%** degli enti analizzati effettua dei controlli in merito alla Parte I della check-list: "Verifiche relative alla legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione"; il **12%** mette in atto dei controlli solo alla Parte II della check-list: "Rischio contraffazione e idoneità della garanzia"; il **10%** effettua dei controlli solo sulla Parte III "Verifica della solvibilità garante, della conservazione della garanzia e dello svincolo".

Gli enti risultati più virtuali nel disporre i controlli in relazione ai Punti I, II, III della check-list sono in misura pari all'**8%**.

Dato che deve portare a far riflettere è l'esito dei "no", stima di basso valore, in misura pari al **4%**, ma dai riscontri forniti è stato espressamente dichiarato che non viene svolto alcun tipo di controllo.

Quanto alla frequenza dei controlli disposti, con il **quesito oggetto d'analisi n. 21**, si è cercato di analizzare le cadenza con cui gli enti del sistema garantiscono i controlli.



Il "dato non acquisito" è pari al **44%**, dalla lettura dei riscontri non si è in grado di poter delineare un quadro specifico, non emergono elementi idonei a ritenere né, da un lato, che vi sia adempienza al quesito formulato, né, dall'altro, che vi sia una sostanziale non conformità rispetto allo standard richiesto.

Con il **19%**, si evidenzia che gli enti effettuano con cadenza annuali i controlli, l'**8%** degli enti li effettua trimestralmente, l'altro **8%** semestralmente.

Infine, con l'ultimo **quesito oggetto d'analisi in merito alla parte IV “I Controlli periodici”**, si è analizzato se l'esito dei controlli effettuati dagli enti sia annotato sul registro.

L'importanza per gli Enti SiReg di dotarsi di tale strumento “informatizzato” come il registro delle fideiussioni ha un impatto sull'interezza dei controlli.

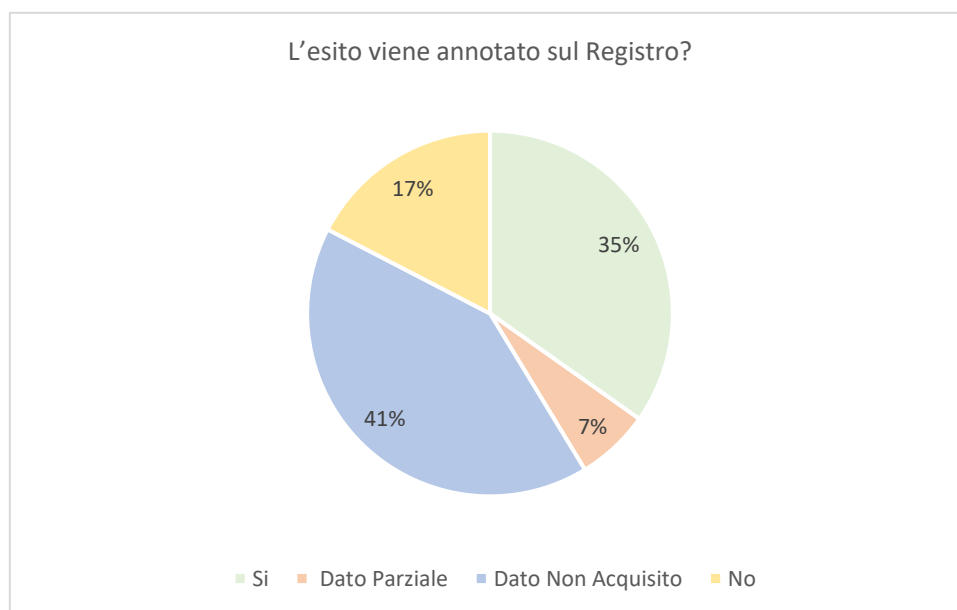
L'analisi disposta dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo con l'aiuto del Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia ha fatto emergere che da alcuni controlli eseguiti gli enti del sistema nel proprio PIAO alla sezione “*Rischi Corruttivi e Trasparenza*” hanno attuato uno strumento congruo alla predisposizione di un controllo sul registro delle garanzie fideiussorie indicando le relative azioni da predisporre e la responsabilità de soggetti preposti allo svolgimento dei controlli.

I dati acquisiti in relazione al quesito oggetto di analisi fanno notare una situazione del tutto non omogenea dove gli enti campionati hanno dato risposte diversificate.

Un **41%** ha fornito un “dato non acquisito”, in cui si potrebbe desumere che l'ente sia sostanzialmente adempiente al singolo profilo analizzato, ma non ne abbia dato conto nella relazione di risposta alla nota congiunta; oppure, riversi in una situazione di sostanziale inadempienza al singolo quesito, non censita come un “no” a ragione della impossibilità di risolvere il dubbio tra la difformità reale o la semplice non rappresentazione del riscontro.

Un **7%** ha fornito un “dato parziale” che potrebbe indicare informazioni che sono disponibili solo in parte o che non coprono l'intero quadro in oggetto.

Gli enti che hanno risposto con esito positivo al quesito in oggetto sono in misura pari al **35%**, coloro i quali hanno fornito un riscontro negativo sono al **17%**



4. Considerazioni Collegio dei Revisori

Come riportato nel Verbale n. 14/2023 del 01.12.2023 ed analizzata la documentazione il Collegio ritiene di esprimere le seguenti considerazioni: la relazione predisposta è molto dettagliata ed esaustiva circa l'esame delle risposte ai questionari da parte dei 46 soggetti del Sireg interessati dall'indagine e si possa condividere il giudizio complessivo sull'evidente presa di coscienza circa l'importanza del tema dell'esigenza di controlli accurati sulle fidejussioni.

L'elaborato prende giustamente in esame le risposte nella loro globalità, non tenendo conto dei riferimenti alle singole situazioni risultanti più o meno virtuose.

Le risultanze esposte sono frutto di una attenta analisi della tipologia delle risposte ai quesiti, intelligentemente riassunte in "si", "no", "dato parziale" e "dato non acquisito" il cui risultato complessivo è giustamente ritenuto generalmente positivo, specialmente se confrontato con i dati emersi con la prima indagine.

Anche se giustificata dall'esigenza di un raffronto dimostrativo dell'evoluzione della comprensione da parte dei soggetti interessati, desta una piccola perplessità la comparazione statistica dei dati risultanti dall'indagine in oggetto con quelli della precedente, decisamente carente di risposte.

Sotto il profilo strettamente pragmatico e critico si potrebbe provare ad interpretare alcune risposte al di là del tecnicismo della statistica, metodo sicuramente non scientifico, ma suggerito dall'esperienza e dalla conoscenza delle problematiche destinate negli interessati da quesiti per alcuni forse più complessi di quanto semplicemente richiesto e, per certi aspetti, più impegnativi. Ciò potrebbe spiegare il considerevole numero di dati parziali o non acquisiti.

Applicando questo metodo, risultano ancora insoddisfacenti le risposte ai punti 15 e 16 dove i "si" sono appena rispettivamente il 41% ed il 20%. Analogamente, per le risposte ai punti 19, 20 e 21 si può dedurre come non sia stata ancora pienamente recepita l'importanza dei controlli periodici se al 47,8% delle risposte "si" corrisponde solo un 8% di risposte degli enti considerati più virtuosi e solo il 16% indica una frequenza almeno semestrale nella effettuazione dei controlli.

Il Collegio esprime in conclusione un giudizio estremamente positivo sulla relazione anche in considerazione del fatto che, delle quattro raccomandazioni conclusive, tre sono scaturite dall'analisi delle risposte ai quesiti dallo stesso Collegio suggeriti.

5. Evidenze emerse e conclusioni.

Mediante l'attuazione del "follow-up" in oggetto condotto dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo e dal Collegio dei Revisori dei Conti, si è mirato a verificare il recepimento di quanto già suggerito nel dicembre 2022 agli enti SiReg con la Deliberazione n. 17 del 21 novembre 2022.

Era emersa la necessità di condurre un'analisi dettagliata e un censimento dei riscontri ottenuti dagli enti in risposta alla comunicazione, comprensiva dell'elaborazione di una check list. Quest'ultima è stata ulteriormente arricchita da una sezione dedicata ai controlli periodici, formulata in base ai parametri descritti nella sezione relativa alla metodologia di analisi.

Si è proceduto inoltre con lo scopo di sensibilizzare ulteriormente gli enti sul tema del monitoraggio continuo e della messa in campo di controlli periodici di quanto in carico, al fine di mitigare i rischi sottesi e migliorare l'efficacia dei controlli disposti in merito al tema delle garanzie fideiussorie stipulate a favore delle istituzioni pubbliche.

In termini teorici, l'attuazione completa di tutti i meccanismi di controllo e delle misure di precauzione indicate nei quesiti oggetto di studio contenuti nella check list rappresenterebbe l'apice della vigilanza nei confronti della solvibilità e della legittimazione del garante, della congruità della garanzia rispetto ai singoli acquisti di beni o servizi e dell'efficacia della supervisione sui contratti di fideiussione stipulati. È da notare che **più del 73% dei riscontri ottenuti sono stati valutati positivamente a seguito del follow-up**, rappresentando un notevole miglioramento rispetto al monitoraggio precedente, il quale aveva rilevato una percentuale positiva del 45%.

Questo dato sottolinea che, in generale, gli enti del sistema regionale stanno già effettuando le verifiche necessarie per prevenire il rischio di mancato incameramento delle somme garantite a causa di garanzie inadeguate.

Va evidenziato che l'obiettivo di questo lavoro non è consistito nell'individuare specifici enti con carenze nella condotta dei controlli relativi alle fideiussioni. Non è stata infatti stilata una percentuale di conformità o non conformità dei singoli enti ai quesiti della check list, ma l'attività svolta è stata sviluppata in relazione alle risposte globalmente ricevute dagli enti in relazione ad ogni specifico quesito, anche per avere una panoramica della situazione sull'effettiva messa in campo di azioni sui 22 quesiti.

Il Gruppo di Lavoro ha mirato a valutare l'adeguatezza generale delle prassi degli enti SiReg rispetto a ciascun controllo raccomandato nei quesiti della check list. In tal senso, il lavoro ha evidenziato risultati positivi e promettenti: tutti i soggetti

pubblici analizzati hanno dimostrato di possedere le risorse e le competenze necessarie per condurre controlli accurati sull'adeguatezza e l'idoneità delle garanzie contrattuali, potenziando l'orientamento di tutte le amministrazioni del sistema verso il raggiungimento del massimo standard di vigilanza rappresentato dal pieno adempimento delle azioni raccomandate nella check list.

Più specificamente, gli **enti del sistema hanno già individuato autonomamente la necessità di migliorare i propri controlli sulle fidejussioni e hanno identificato le aree in cui sono necessari ulteriori sforzi**. Nessun ente, inoltre, sembra ignorare l'importanza del tema dei controlli sulle garanzie dei contratti pubblici, come dimostrato dalle risposte alle comunicazioni congiunte che riconoscono la mancanza di determinate azioni, indicando al contempo piani futuri per colmare queste lacune.

In conclusione, si ritiene opportuno focalizzare le raccomandazioni agli enti in maniera mirata:

- **Si raccomanda** l'implementazione e la tenuta di un registro complessivo delle fidejussioni stipulate, con particolare riferimento ai contratti pluriennali in corso di esecuzione
- **Si raccomanda** di disporre controlli sistematici relativi alla legittimità e solvibilità del soggetto garante, al fine di prevenire il rischio di mancata escutibilità della garanzia in carico, specie in relazione a contratti di importo più elevato
- **Si raccomanda** la predisposizione di una procedura che regolamenti i controlli periodici
- **Si raccomanda** infine la messa in campo di verifiche pianificate, sul tema, da parte delle funzioni di Internal Audit degli enti, anche al fine di accompagnare il percorso di miglioramento in maniera autonoma

A sua volta Orac ha intenzione di ripetere in futuro la raccolta dati presso gli enti SiReg interessati mediante monitoraggi periodici e mirati.

<i>Check list del monitoraggio delle fideiussioni stipulate dagli enti SiReg</i>	
OGGETTO DI ANALISI	
QUESITI GENERALI	
1	Questa relazione di analisi sulle fideiussioni è stata condivisa con altro organo?
2	È stato svolto un audit sul tema delle fideiussioni, tra il 2022 e il 2023?
PARTE I: VERIFICHE RELATIVE ALLA LEGITTIMAZIONE DEL SOGGETTO CHE RILASCI A FIDEIUSSIONE	
3	Esiste un registro delle fideiussioni acquisite relative a contratti pluriennali in corso?
4	Se sì: nel registro è riportato, oltre alla ragione sociale del Soggetto che ha lasciato fideiussione, la data di rilascio, l'importo, il numero di fideiussione, il riferimento al contratto di appalto, la relativa scadenza?
5	È stato verificato che l'istituto bancario italiano, comunitario o extracomunitario che rilascia la fideiussione, risulta censito negli Albi ed Elenchi di Vigilanza della Banca d'Italia? (106 Tub)
6	E' stato controllato che il soggetto che intende rilasciare la garanzia non sia censito nelle seguenti liste di anomalia: soggetti segnalati per garanzie rilasciate in assenza di abilitazione; soggetti non legittimati allo svolgimento dell'attività bancaria e finanziaria in Italia?
7	Nel caso in cui la garanzia sia stata costituita sotto forma di polizza fideiussoria è stato controllato che la polizza sia stata emessa da una compagnia assicurativa italiana autorizzata dall'IVASS e, come tale, iscritta nell'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS?
8	Qualora, nel caso di cui sopra, la polizza fideiussoria sia stata emessa da un'impresa di assicurazione con sede in un altro Stato membro dell'UE è stato verificato che l'impresa di assicurazione sia stata abilitata ad operare in Italia nel ramo 15 - Cauzione in regime di libertà di stabilimento o in regime di libera prestazione di servizi?

9	Viene verificata la regolare iscrizione dell'intermediario assicurativo, che ha proposto o intermediato la polizza fideiussoria, nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) o nell'elenco degli intermediari della Unione Europea, pubblicati sul sito deIITVASS?
10	È stato verificato che il soggetto legittimato al rilascio della garanzia non sia incorso nella sospensione della abilitazione?

PARTE II: RISCHIO CONTRAFFAZIONE E IDONEITA' DELLA GARANZIA

11	La garanzia è presentata in originale informatico e firma elettronica qualificata o copia informatica di documento analogico o duplicato informatico di originale informatico, secondo normativa del Cad?
12	Viene verificato che l'importo della garanzia corrisponda a quanto richiesto nell'atto di gara?
13	Viene verificata l'idoneità della garanzia in relazione al periodo di copertura?
14	Viene controllato il rispetto delle condizioni contrattuali richieste dall'art. 103 comma 4 D. Lgs. 50/2016? (Rinuncia al beneficio preventiva escussione ex 1944 c.c.; Rinuncia ad eccepire decorrenza termini ex 1957, co 2 c.c; Operatività a semplice richiesta scritta stazione appaltante)

PARTE III: VERIFICA DELLA SOLVIBILITA' DEL GARANTE; CONSERVAZIONE, SVINCOLO

15	Viene controllata la solvibilità del garante?
16	Vengono verificate le Relazioni sulla solvibilità e la condizione finanziaria che le compagnie assicurative sia italiane che con sede in altri Stati UE pubblicano sui propri siti internet?
17	Lo svincolo parziale avviene nel rispetto dell'art 103 comma 5 del D.lgs. 50/2016?

18	Viene assicurata adeguata custodia delle polizze fideiussorie?
PARTE IV: CONTROLLI PERIODICI	
19	Esiste una procedura che regolamenti l'esecuzione di controlli periodici?
20	Se eseguiti, a quali punti della presente lista si riferiscono?
21	Con che frequenza vengono effettuati?
22	L'esito viene annotato sul Registro?"

DELIBERAZIONE N. 8 seduta del 11 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Arturo Soprano	- Componente
Emanuele Proserpi	-Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti:

OGGETTO: Approvazione dei "Questionari di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Esiti Misure 6; Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. "Politiche attive del lavoro e della formazione; Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. "Programma innovativo della qualità dell'abitare (PinQua) relativi allo sviluppo dell'Obiettivo 1.1 del PdA 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, hanno presentato i documenti:

- *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) - Missione 6 Salute”;*
- *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione”*
- *“Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. “Programma innovativo della qualità dell’abitare (PinQua)”*

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 *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) - Missione 6 Salute”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 1.1 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di approvare il documento avente ad oggetto: *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 1.1 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
3. di approvare il documento avente ad oggetto *“Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. “Programma innovativo della qualità dell’abitare (PinQua)”;* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 1.1 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo, allegato quale parte integrante al presente atto;
4. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) - Missione 6 Salute”*, al Presidente del Consiglio regionale, Presidente della Giunta regionale, Segretario Generale, Sottosegretario con delega Controlli, Patrimonio e Digitalizzazione, Vicesegretario Generale Direzione Centrale PNRR, Olimpiadi e

Digitalizzazione, ai Direttori Generale delle ASST, IRCCS e alla DG Welfare;

5. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato *“Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione “* al Presidente del Consiglio regionale, Presidente della Giunta regionale, Segretario Generale, Sottosegretario con delega Controlli, Patrimonio e Digitalizzazione, Vicesegretario Generale Direzione Centrale PNRR, Olimpiadi e Digitalizzazione, al Direttore Generale Istruzione, Formazione e Lavoro;
6. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato *“Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. “Programma innovativo della qualità dell’abitare (PinQua)”*, al Presidente del Consiglio regionale, Presidente della Giunta regionale, Segretario Generale, Sottosegretario con delega Controlli, Patrimonio e Digitalizzazione, Vicesegretario Generale Direzione Centrale PNRR, Olimpiadi e Digitalizzazione, al Direttore Generale Casa e Housing Sociale e ai Direttori Generali delle ALER interessate;
7. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 6 Salute

PREMESSA

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), grazie alle funzioni attribuitegli con la legge regionale 28/09/2018, n. 13 (*Istituzione dell'Organismo regionale per le Attività di Controllo*), secondo il modulo d'intervento definito di "vigilanza collaborativa", ha destinato una propria attività di presidio all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Quest'ultimo, difatti, vista la portata dei finanziamenti che verranno investiti per opere progettuali sul territorio, rappresenta una sfida per l'amministrazione regionale, anche in vista della prevenzione di potenziali casi di irregolarità e/o abusi.

A tal fine, ORAC ha elaborato un "Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.)".

Scopo del questionario è 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 presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero competente quale soggetto titolare della misura; 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 questionario - suddiviso in 23 obblighi, ripresi dall'art. 5 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" - è stato inviato alla Dg Welfare, soggetto attuatore della Misura 6 Salute C1 e C2 del PNRR e alle 26 ASST e ai 5 IRCSS che sono stati delegati dalla Regione come soggetti attuatori esterni alla gestione delle linee di intervento delle Misure PNRR.

In relazione a ciascuno dei 23 obblighi sono state formulate delle domande a risposta chiusa, a cui i singoli enti hanno risposto, con un "Sì", o negativamente con un "No". Sono presenti altre due caselle; una casella dal titolo "N/A" (non applicabile) e una casella dal titolo "Note", per l'eventuale inserimento di informazioni aggiuntive. In aggiunta alle domande a risposta chiusa è presente, per ciascun obbligo, una domanda aperta per l'indicazione, da parte dell'ente, dei soggetti e delle strutture competenti per lo specifico obbligo e delle misure poste in essere per presidiare lo stesso.

Di seguito sono rappresentate le risposte fornite dagli enti ospedalieri. Occorre precisare che una risposta negativa non necessariamente rappresenta un mancato adempimento in quanto deve specificatamente essere contestualizzata all'attività dell'ente ospedaliero, che potrebbe non avere in carico una determinata attività o progetto, o potrebbe non aver ancora affrontato la specifica fase procedimentale per la quale viene richiesto di dettagliare le procedure di controllo applicate (ad esempio per quanto riguarda la fase della rendicontazione, oppure qualora vi siano domande relative alla gestione di procedure di gara e l'ente ricorre esclusivamente a gare aggregate).

Occorre sottolineare anche che, grazie all'impulso rappresentato dall'iniziativa assunta con la somministrazione del presente questionario, la Direzione generale Welfare ha

adottato il decreto 7796- avente ad oggetto “Approvazione delle indicazioni operative per i soggetti attuatori esterni e per il soggetto attuatore (RL) in merito al processo di rendicontazione e relativi controlli” , in data 25 maggio, ovvero pochi giorni prima della scadenza del termine fissato per la compilazione dei questionari da parte delle aziende sanitarie (previsto il 29 maggio 2023). Un secondo decreto, il n. 10213 del 6 luglio 2023 avente ad oggetto le linee guida per la liquidazione dei fondi ai soggetti attuatori esterni di cui alla Missione 6 – component 1 e 2 - PNRR, è stato adottato nel mese di luglio, quindi in un momento successivo ai questionari.

Nel rispondere alle domande del questionario relative ai controlli da effettuare in fase di appalto, molte aziende sanitarie hanno risposto che, facendo ricorso a gare aggregate, non ritenevano di essere destinatarie dello specifico obbligo.

ORAC ha quindi ritenuto opportuno approfondire l'aspetto che riguarda la ripartizione dei compiti relativi al presidio dei controlli, nel caso in cui le procedure di gara o l'esecuzione dei contratti connessi alla realizzazione del PNRR vengano affidati a centrali di committenza quali Consip, Invitalia, e Aria.

L'analisi, condotta con un apposito questionario, per ragioni di competenza è stata limitata ad Aria spa, che svolge funzioni di Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore (Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33; D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50) a favore della Regione Lombardia e degli Enti del Sistema Regionale di cui alla Legge Regionale 27 dicembre 2006, n. 30.

Il questionario ha affrontato i principali nodi relativi alle attività di controllo che si riferiscono alle procedure di gara, in base a quanto disposto dalle “Linee Guida per lo Svolgimento delle Attività di Controllo e Rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni Centrali e dei Soggetti Attuatori” emanate con 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” e alle linee guida della DG Welfare.

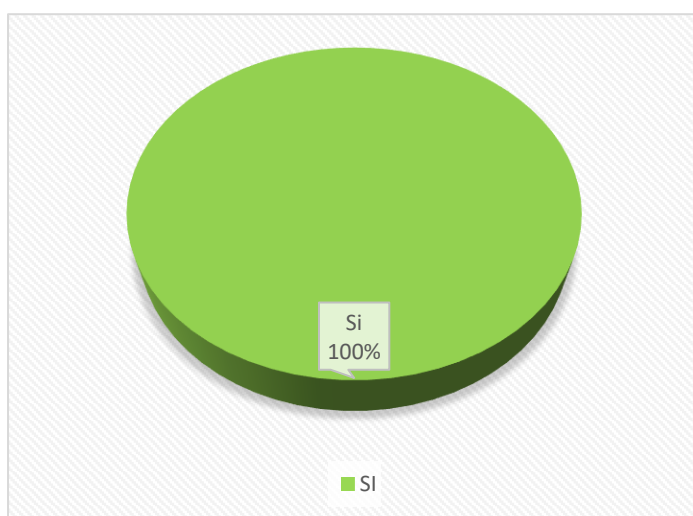
Il principale obiettivo è stato quello di far emergere punti di attenzione rispetto ai ruoli spettanti ai diversi soggetti che intervengono nel processo (soggetto attuatore; soggetto attuatore delegato; soggetto incaricato di svolgere il ruolo di stazione appaltante) per evidenziare eventuali lacune, sovrapposizioni o mancati coordinamenti. Dalla lettura delle risposte date, sia da Aria che dagli enti sanitari, non emerge sempre una chiara consapevolezza di tali aspetti. Ad esempio, non risultano atti di incarico che definiscano chiaramente la ripartizione dei compiti rispetto ai controlli inerenti le varie procedure di gara in quanto Regione ha assegnato ad Aria l'obiettivo regionale di aggiudicazione delle Gare aggregate a supporto delle case e degli ospedali di comunità (PNRR) con proprie deliberazioni (vedi ad esempio la D.G.R. n. 6426 del 23.05.2022 di approvazione del P.O.R. Piano Operativo Regionale) . In ogni caso Aria ha affermato che per ogni procedura di gara, nella determina di indizione, viene specificata la ripartizione dei ruoli tra Aria (fase di procedura di gara e stipula convenzione quadro) e soggetto attuatore esterno (fase di esecuzione del contratto). Tuttavia, si raccomanda agli enti sanitari di presidiare, anche attraverso forme di coordinamento, le procedure svolte da Aria, al fine di garantire l'efficace aggiornamento della documentazione nel sistema informativo ReGis.

Di seguito si rappresentano in dettaglio le risposte per singolo obbligo.

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.**

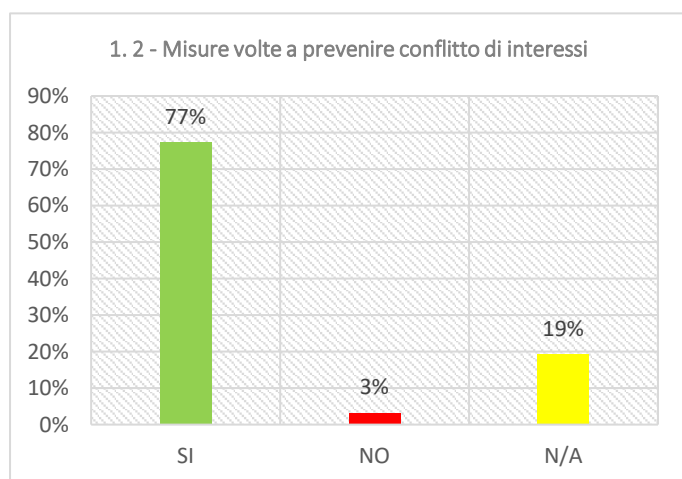
Quesiti:

1.1) 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.?



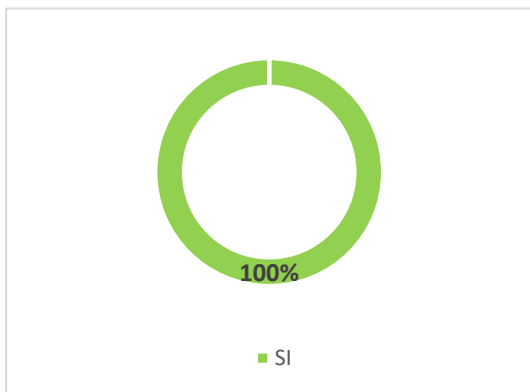
La totalità degli enti ospedalieri ha dato una risposta positiva – 100% di risposte “Si”

1.2) Sono state previste specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR?



24 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 77% “Si”
6 enti ospedalieri hanno fornito una risposta N/A – 19% “N/A. Si evidenzia che 4 delle risposte precisano che sono in fase di implementazione misure specifiche di prevenzione (13% sul totale)
1 ente ha fornito una risposta “No” – 3% “No”

1.3) Verrà effettuata la mappatura dei rischi in vista della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026? Indicare nelle note per quali processi



La totalità degli enti ospedalieri ha dato una risposta positiva – 100% di risposte “Si”

Nella maggior parte dei casi il soggetto competente all'adempimento dell'obbligo è individuato nella figura del RPCT.

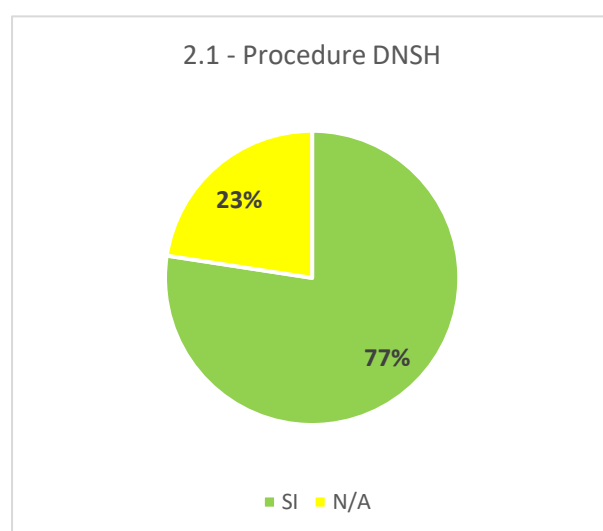
Tra le “best practices” si riporta l'effettuazione, da parte di un ente, di una analisi sulle misure specifiche di prevenzione dei rischi di corruzione in riferimento all'area di rischio contratti pubblici relativamente alle diverse fasi del ciclo degli appalti, che vengono applicate anche ai Progetti PNRR. Oltre ai processi già mappati, saranno presi in considerazione quelli appartenenti all'area di rischio contratti pubblici PNRR – PNC (doppio finanziamento, conflitto interessi e frode su progetti).

Quanto all'attuazione delle misure volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rimozione dei conflitti di interessi gli enti del sistema hanno disposto delle misure di carattere preventivo nel PIAO.

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

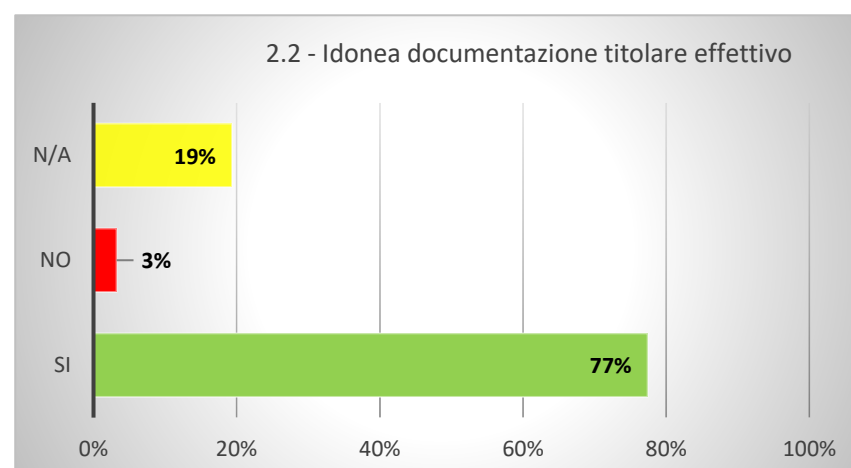
Quesiti:

2.1) 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)?



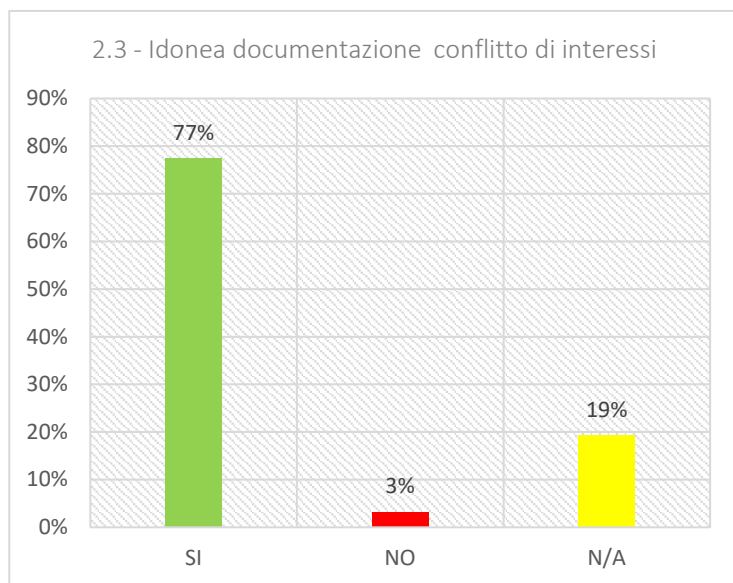
24 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 77% "Si".
7 enti ospedalieri ente ha fornito una risposta "N/A" – 23%.

2.2) È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto ex ante sul titolare effettivo, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?



24 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 77% "Si".
1 ente ospedalieri ha fornito una risposta negativa – 3% "No".
6 enti ospedalieri ente hanno fornito una risposta "N/A" – 19% "N/A".

2.3) È conservata idonea documentazione probatoria del controllo svolto sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, in modo che le verifiche svolte siano tracciate?



24 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 77% “Si”.

1 ente ospedalieri ha fornito una risposta negativa – 3% “No”.

6 enti ospedalieri ente ha fornito una risposta “N/A” – 19% “N/A”.

Alcuni enti ospedalieri rispondono N/A o “NO” ai quesiti riferendo che le procedure vengono espletate a livello centrale da ARIA/CONSIP. Infatti, gli enti del sistema hanno aderito in prevalenza alle gare poste in essere dalle centrali di committenza (ARIA, CONSIP, INVITALIA). I controlli di specie e la conservazione della documentazione devono essere effettuati sia nella fase di predisposizione e aggiudicazione che nella fase di stipula e di esecuzione. Ogni ente deve eseguire tali controlli per la parte di propria competenza, come indicato dalle norme ministeriali e dal Decreto del DG Welfare n. 7796 25.05.2023 e conservare la relativa documentazione.

Le procedure adottate per consentire e agevolare il controllo delle DSAN e del titolare effettivo, come richiesto dalla normativa e dalla circolare ministeriale, vanno espletate sia nella fase della predisposizione dei bandi di gara che nella fase dell’aggiudicazione e stipula del contratto d’appalto (e subappalto).

Aria spa, in qualità di centrale di committenza regionale rispondendo al questionario conferma di aver acquisito la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi a carico dei partecipanti (e dei titolari effettivi) e precisa che per le procedure indette antecedentemente alle Linee Guida di cui alla Circolare Ragioneria Generale dello Stato n. 30 dell’11/08/2022, le dichiarazioni di titolare effettivo sono state acquisite successivamente alla stipula delle convenzioni. In alcuni casi, le dichiarazioni del titolare effettivo sono state richieste nella fase di valutazione delle domande.

In fase di stipula dei contratti applicativi le strutture provvedono ad acquisire dai soggetti fornitori selezionati dalle centrali di committenza le dichiarazioni di cui alla “Guida pratica per il caricamento di informazioni su REGIS, per i progetti PNRR a regia relativi agli investimenti della missione 6 – salute” e precisamente l’allegato 7: “dichiarazione di assenza di conflitti di interessi del titolare effettivo/rappresentante legale nell’attuazione dei progetti nell’ambito degli interventi a valere sul PNRR”.

Successivamente le strutture provvedono ad acquisire dal RUP, DEC, e dai rispettivi collaboratori individuati per l’attuazione dei progetti, le dichiarazioni di assenza di conflitto d’interesse, secondo il modello di cui all’allegato 8 alla Guida pratica denominato: “Dichiarazione di assenza di conflitti di interessi del personale impegnato nell’attuazione dei

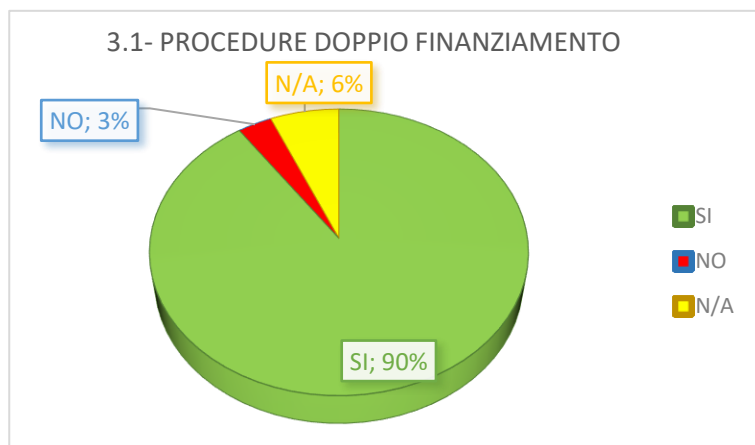
progetti nell'ambito degli interventi a valere sul PNRR".

Quindi, alla luce di queste precisazioni, si ritiene necessario sottolineare l'importanza di un coordinamento tra stazione appaltante ed ente sanitario al fine di assicurare che i controlli richiesti siano svolti per le fasi del processo di rispettiva competenza.

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

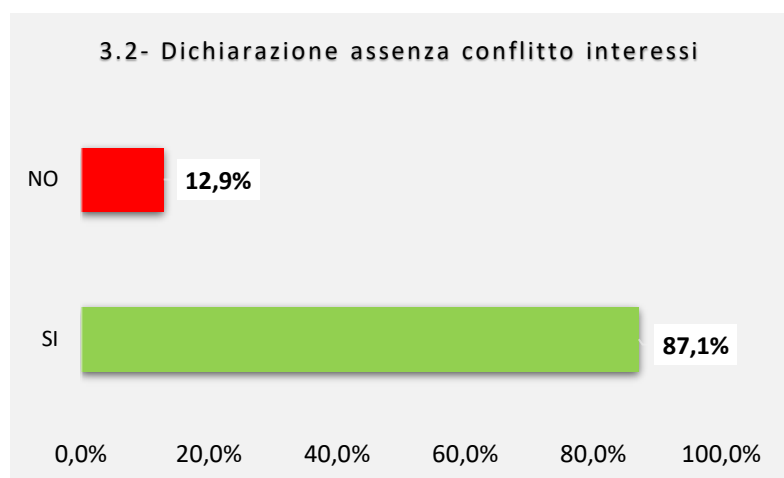
Quesiti:

3.1) Sono poste in essere procedure per prevenire il doppio finanziamento pubblico degli interventi?



28 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 90% “Si”
1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% “No”. Si evidenzia che la risposta negativa precisa che è in corso il recepimento del decreto del DG Welfare n. 7796 del 25/05/2023 per l'attuazione di idonee procedure per prevenire il c.d. doppio finanziamento. 2 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 6% “N/A”.

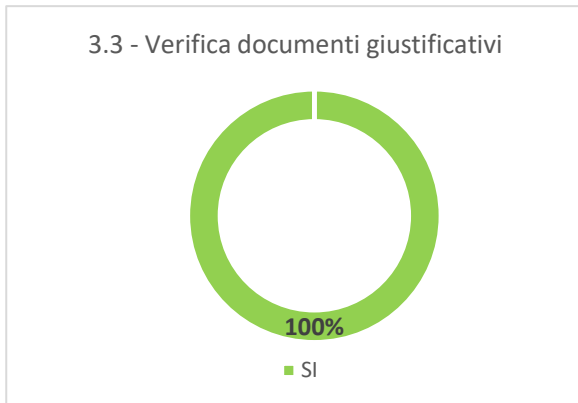
3.2) È prevista negli atti di rendicontazione del progetto una dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese?



27 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 87% “Si”.
4 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 13% “No”.

Un ente ospedaliero, pur dando una risposta negativa, precisa che verrà implementata la modulistica come richiesto dalla normativa e dalla circolare ministeriale. Si raccomanda a tutti gli enti di porre in essere le procedure specifiche per prevenire il c.d. doppio finanziamento pubblico così come previsto dalla normativa vigente (esempio 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, decreto del DG Welfare n. 7796 del 25/05/2023).

3.3) 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?



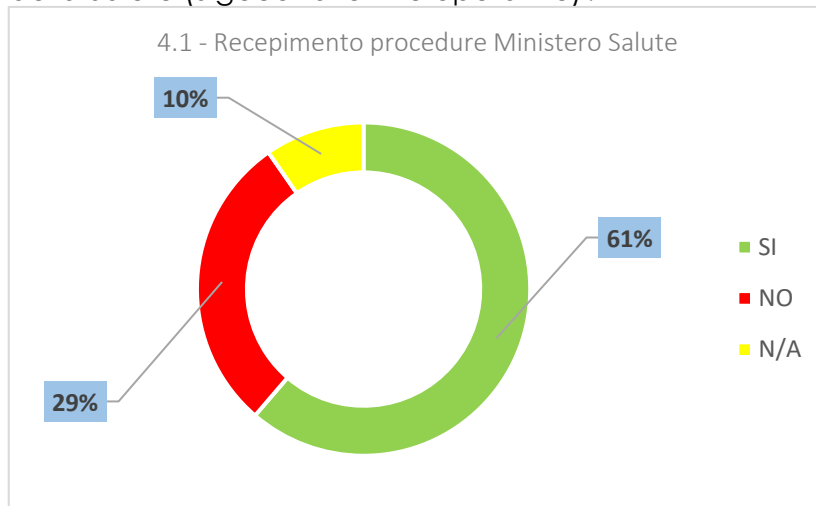
La totalità degli enti ospedalieri ha dato una risposta positiva – 100% di risposte “Si”

Nelle risposte si è rilevato che le Strutture predispongono, in relazione ai provvedimenti amministrativi (delibere e determine) che prevedono un impegno di spesa, un documento denominato “*proposta di spesa*”, nel quale sono evidenziati gli elementi che permettono di ricondurre il suddetto impegno al finanziamento corrispondente.

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

Quesiti:

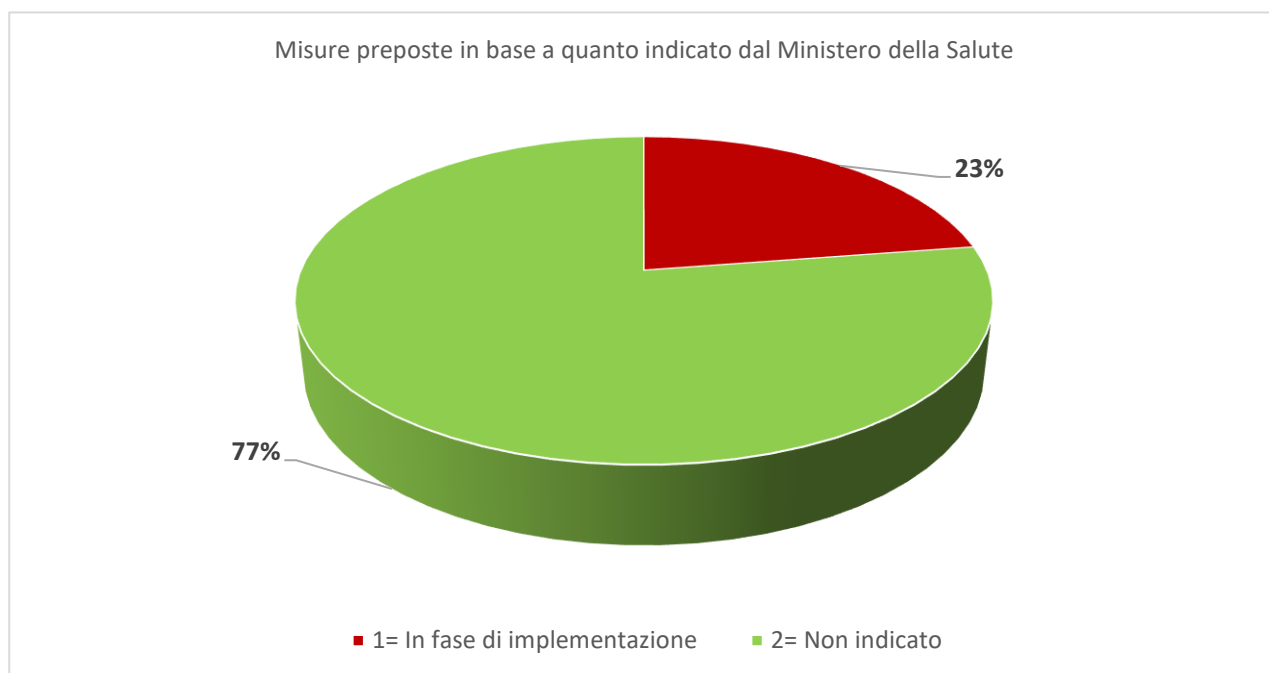
4.1) Sono state recepite le procedure indicate nella manualistica predisposta dal Ministero della Salute (Sigeco- direttive operative)?



19 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 61% “Si”.

9 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 29% “No”. Si evidenzia che 3 di questi hanno dichiarato che sono in fase di implementazione le procedure previste.

3 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 10% “N/A”.



La DG Welfare ha recepito le procedure indicate nella manualistica predisposta dal Ministero della Salute (Sigeco- direttive operative) in tema di controlli con il citato decreto n.7796/2023. Presso le aziende sanitarie i RUP delle strutture competenti applicano le procedure indicate nella manualistica, e in ogni caso sono i vertici aziendali a dover stabilire la propria organizzazione interna in tema di controlli, nell'ambito degli indirizzi regionali.

A titolo di esempio si valorizza il caso di un'azienda che ha definito una governance aziendale a supporto dei RUP e per le attività di controllo, in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi entro le scadenze fissate. Nell'ambito della governance è stata istituita una cabina di regia coordinata dalla S.C. Affari Generali e Controlli Interni. L'attività di governance è

disciplinata dal Regolamento approvato contestualmente alla definizione della stessa. In tale contesto sono state recepite le procedure indicate dal Ministero della Salute. Si raccomanda agli enti sanitari di adottare proprie procedure interne assicurando la conformità ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dal Ministero della Salute (riferimento al CIS: art. 5, comma 1, lettera b).

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

Quesiti:

5.1) È prevista la verifica che sui titoli di spesa sia riportata l'indicazione del CUP del progetto?



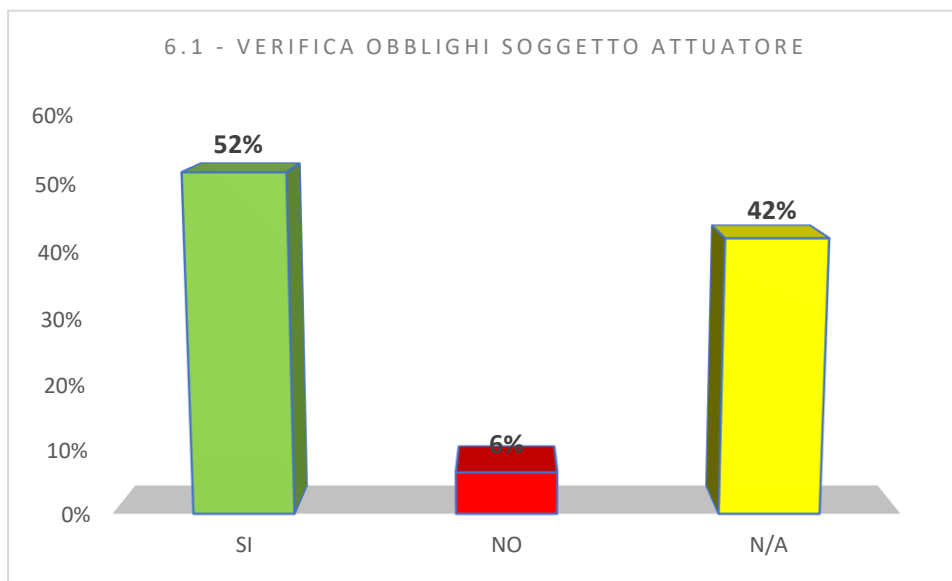
La totalità degli enti ospedalieri ha dato una risposta positiva – 100% di risposte "Si"

Le procedure adottate garantiscono il controllo di CUP e CIG riportati sugli ordinativi di acquisto legati al PNRR.

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

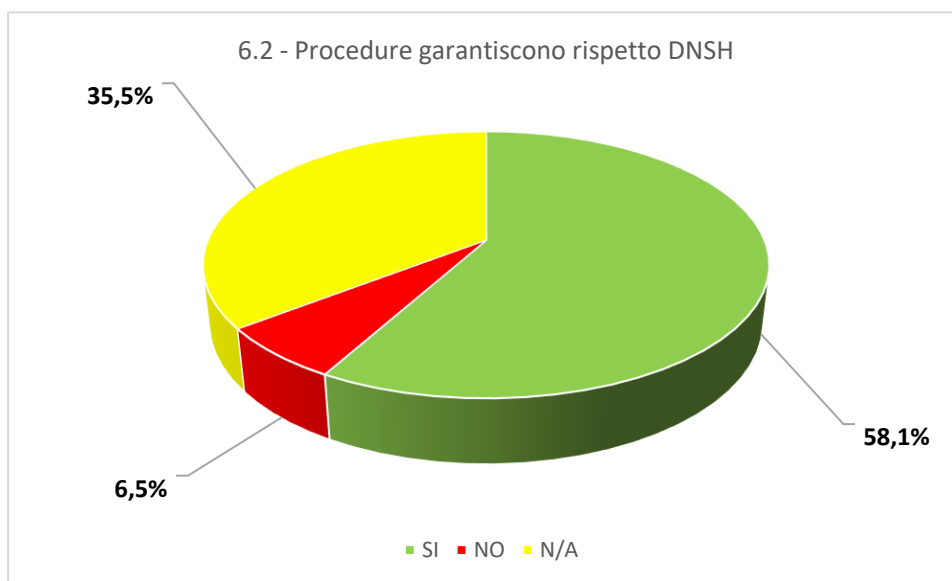
Quesiti:

6.1) 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?



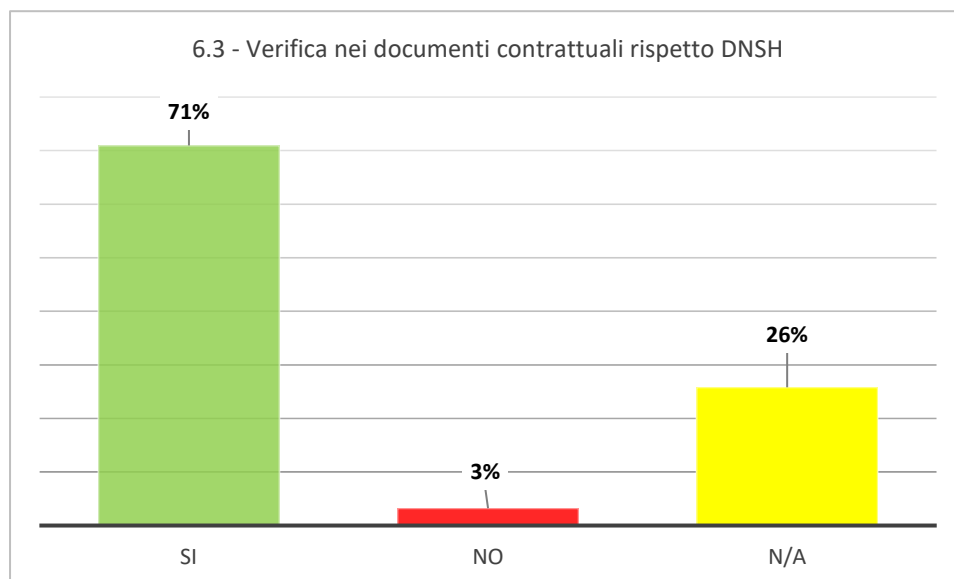
16 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 52% “Si”.
 2 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 6% “No”.
 13 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 42% “N/A”.

6.2) 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)?



18 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 58% “Si”.
 2 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 6% “No”.
 11 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 35% “N/A”.

6.3) 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?



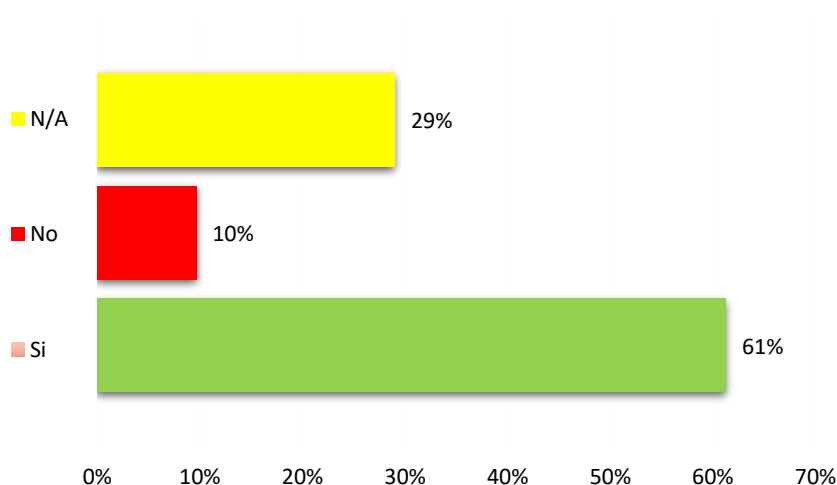
22 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 71% “Si”.

1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% “No”.

8 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 26% “N/A”.

6.4) Nella fase contrattuale vengono verificate le eventuali attestazioni acquisite dal soggetto realizzatore in fase di aggiudicazione?

6.4 - Attestazioni acquisite soggetto realizzatore

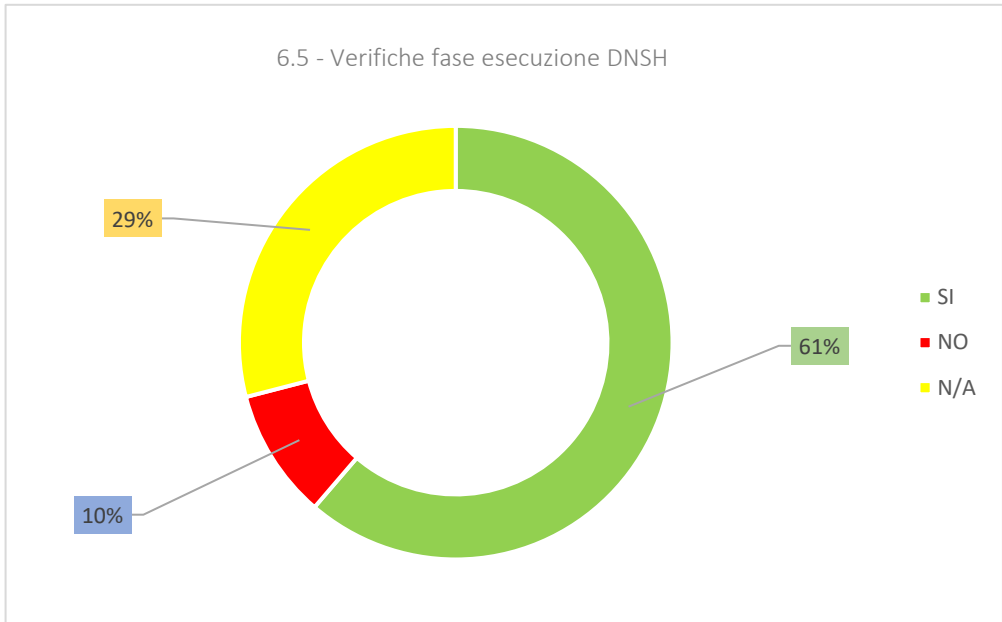


22 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 61% “Si”.

1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 10% “No”. 1 ente con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione della procedura per i controlli.

8 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 29% “N/A”.

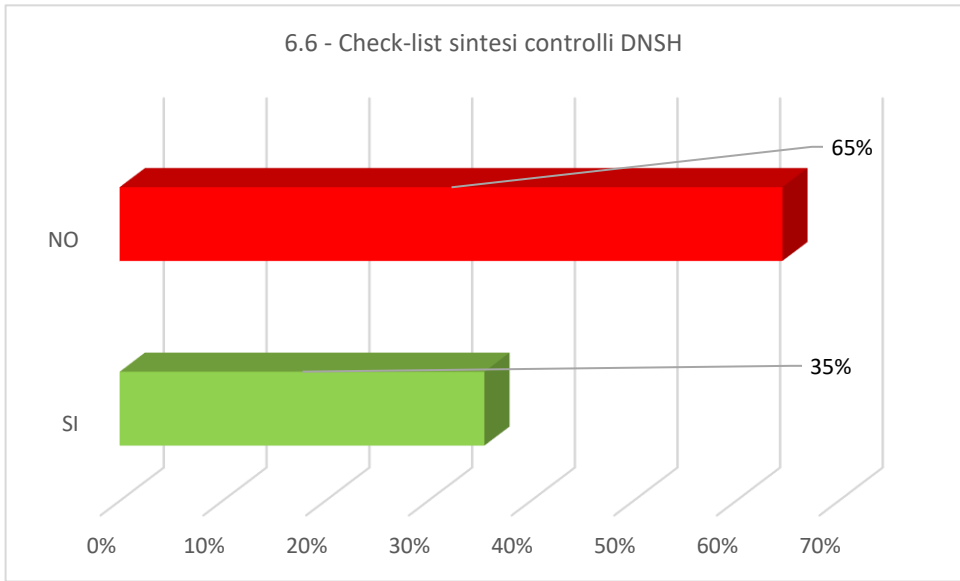
6.5) Nella fase di esecuzione dei contratti d'appalto in occasione della presentazione dei SAL vengono effettuate verifiche sugli obblighi assunti in sede di contratto di appalto, relativamente al rispetto del principio DNSH?



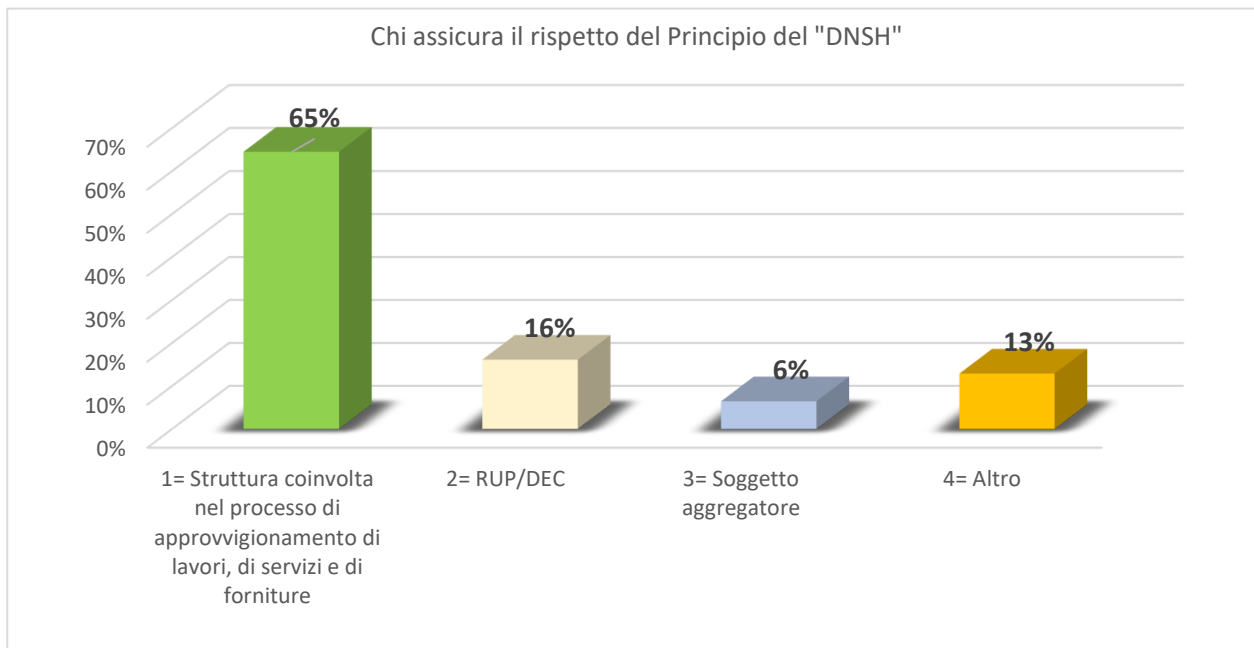
19 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 61% “Si”.
 3 enti ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 10% “No”. 1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione la procedura per i controlli.
 9 enti hanno fornito una risposta “N/A” –

29% “N/A”.

6.6) 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?
 11 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 35% “Si”.
 20 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 65% “No”.
 5 dei 20 con risposta negativa affermano di “non avere progetti in essere”.



Come già osservato in precedenza, molti enti sanitari ricorrono a centrali di committenza per lo svolgimento delle procedure di gara e nel rispondere al quesito hanno indicato che le verifiche ex-ante relative alla conformità dell'intervento al principio DNSH sono svolte per competenza dalle centrali di committenza, alle cui convenzioni le aziende sanitarie aderiscono per la realizzazione degli adempimenti previsti dal PNRR.

In particolare, Aria, nel rispondere al questionario ha illustrato gli adempimenti posti in essere per attestare il rispetto del principio DNSH:

- verificare che le procedure di gara 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), ma non dell'aggiornamento della stessa in quanto l'indizione è precedente alla circolare del 13 ottobre 2022, n. 33;
- verificare 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;
- in caso di procedure per le quali è svolta la fase esecutiva da parte di ARIA S.P.A, nella fase contrattuale vengono verificate le eventuali attestazioni acquisite dal soggetto realizzatore in fase di aggiudicazione e vengono effettuate verifiche sugli obblighi assunti in sede di contratto di appalto, relativamente al rispetto del principio DNSH.

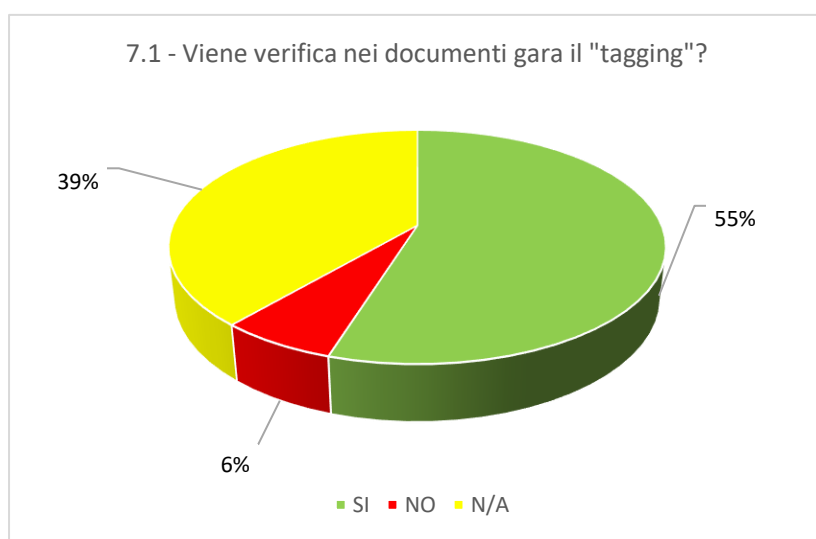
Si ricorda infine che, come previsto dalle Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori, con riferimento ai progetti "in essere" con procedure di gara già espletate prima dell'ammissione a finanziamento sul PNRR, al momento del caricamento su Regis dei dati e delle informazioni relative a ciascuna procedura di gara il Soggetto Attuatore dovrà, in ogni caso, procedere all'apposizione dei flag informatici così come previsti dal sistema informativo in relazione alle specifiche aree di controllo allegando idonea documentazione attestante gli opportuni adeguamenti integrativi/correttivi adottati (laddove possibile) nonché lo svolgimento delle suddette verifiche anche se

effettuate a posteriori/in sanatoria/ora per allora (es. corretta individuazione e verifica del titolare effettivo effettuata ex post solo sull'aggiudicatario/contraente dell'appalto)".

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)

Quesiti:

7.1) 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)?



17 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 55% "Si".

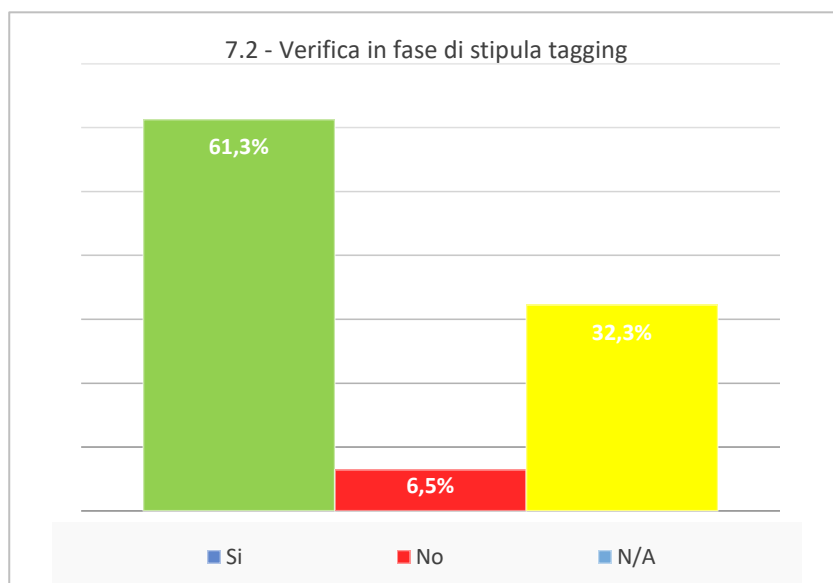
2 enti ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 6% "No".

1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione per le procedure per cui la ASST sarà stazione appaltante.

12 enti hanno fornito una

risposta "N/A" – 39% "N/A".

7.2) 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?



19 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 61% "Si".

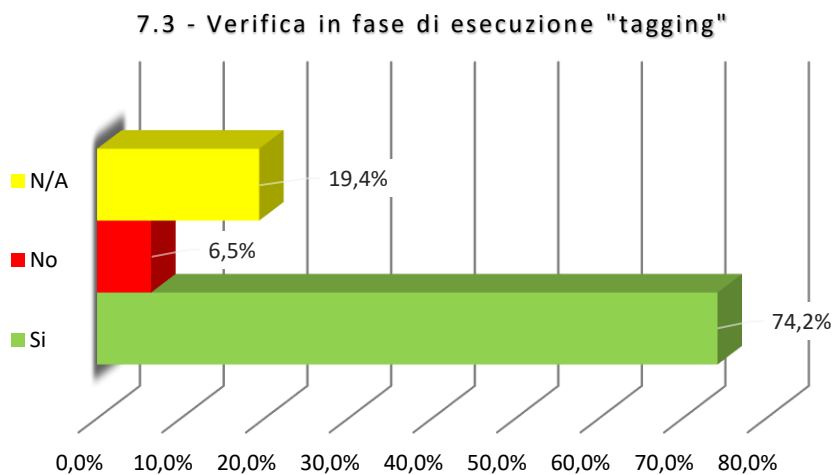
2 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 6% "No". 1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione.

10 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 32% "N/A".

7.3) 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?

7.3) 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?

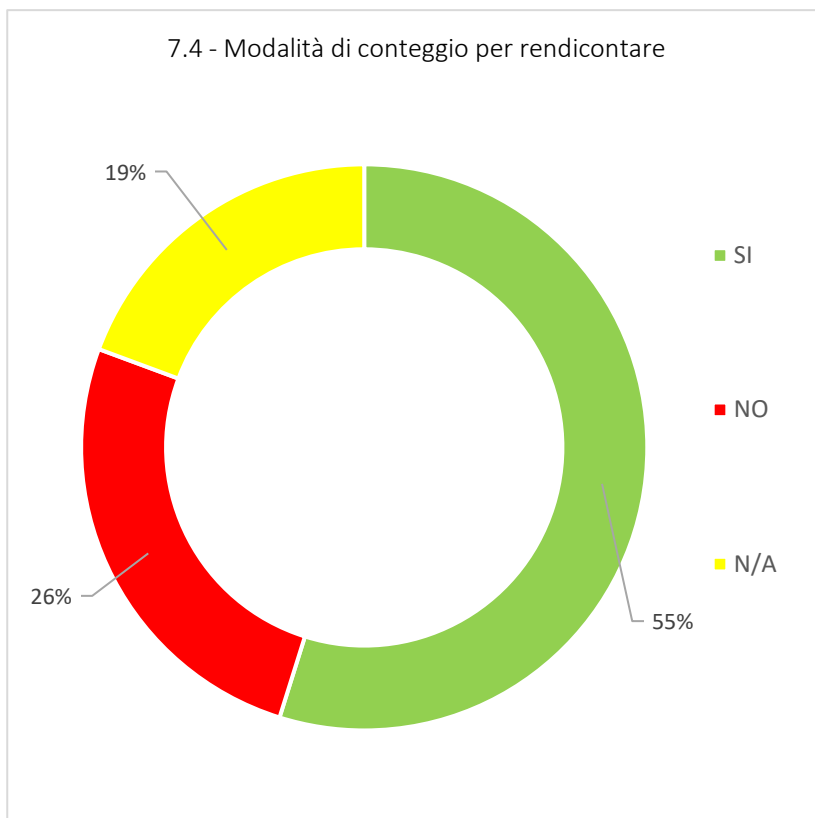


23 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 74% "Si".

2 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 6% "No". 1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione. Un altro degli enti ospedalieri con risposta negativa dichiara che viene rispettato quanto previsto dal Codice degli Appalti.

6 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 19% "N/A".

7.4) 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?



17 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 55% “Si”.

1 ente ospedaliero con risposta positiva dichiara che non sia applicabile alle gare gestite tramite le centrali committenza (Consip/ARIA).

8 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 26% “No”. 2 enti ospedalieri con risposta negativa dichiarano di essere in fase di implementazione. 4 enti ospedalieri forniscono un riscontro del tutto peculiare rispetto alle risposte pervenute. Uno di questi dichiara che il sistema Regis non sia ancora stato implementato, un altro che viene rispettato quanto previsto dal Codice degli Appalti, un altro che l'ente non

è in fase di rendicontazione, mentre l'ultimo in questione afferma che è in corso una valutazione per la predisposizione di apposite procedure.

6 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 19% “N/A”.

Nella lettura delle risposte ai quesiti occorre premettere che il rispetto del principio del tagging ambientale e digitale non è previsto per tutti i progetti PNRR. Inoltre, come già detto in precedenza, molti enti sanitari ricorrono a centrali di committenza per lo svolgimento delle procedure di gara.

In particolare, Aria pone in essere gli adempimenti richiesti per l'assolvimento dell'obbligo nel modo seguente:

- verifica che nei documenti di gara (ad esempio capitolato, disciplinare, specifiche tecniche), tra gli obblighi del soggetto realizzatore, vi sia 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);
- In caso di procedure per le quali la fase esecutiva è in capo ad ARIA verifica, nella fase di esecuzione del contratto, il rispetto degli obblighi concordati in fase di stipula e relativi in particolare al contributo all'indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali.

In alcuni casi l'indizione della procedura è antecedente all'emanazione della “Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente” (cd. DNSH) del 30 dicembre 2021.

Per quanto riguarda le strutture maggiormente coinvolte nell'attuazione dell'obbligo in esame, risultano essere le SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Sistemi Informativi Aziendali e SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato. Le centrali di committenza a cui hanno fatto ricorso gli enti sanitari hanno provveduto all'inserimento negli atti di gara di clausole atte a consentire il rispetto degli indicatori comuni previsti dall'UE e hanno previsto criteri di

valutazione delle offerte attraverso i quali riconoscere un maggior punteggio in favore delle proposte progettuali che prevedono un contributo al conseguimento degli obiettivi climatici e alla transizione digitale.

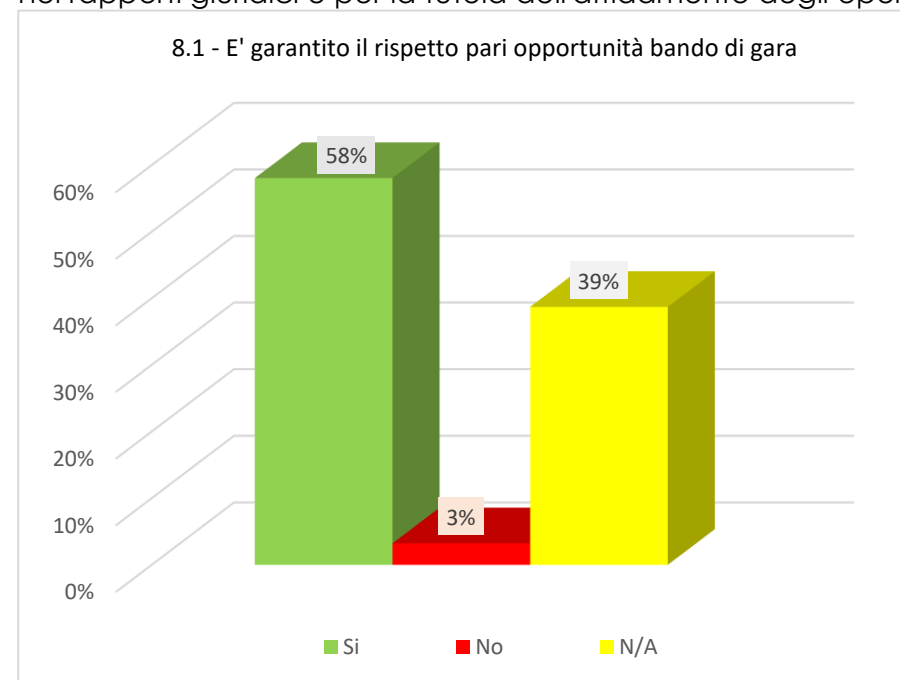
Conseguentemente le Strutture interessate, SC Gestione Tecnico Patrimoniale e SC Sistemi Informativi Aziendali hanno recepito le suddette clausole all'interno del contratto applicativo.

Altri enti nell'indicare come soggetti competenti all'adempimento del "tagging climatico e di genere" hanno attribuito questa funzione al RUP o DEC.

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)

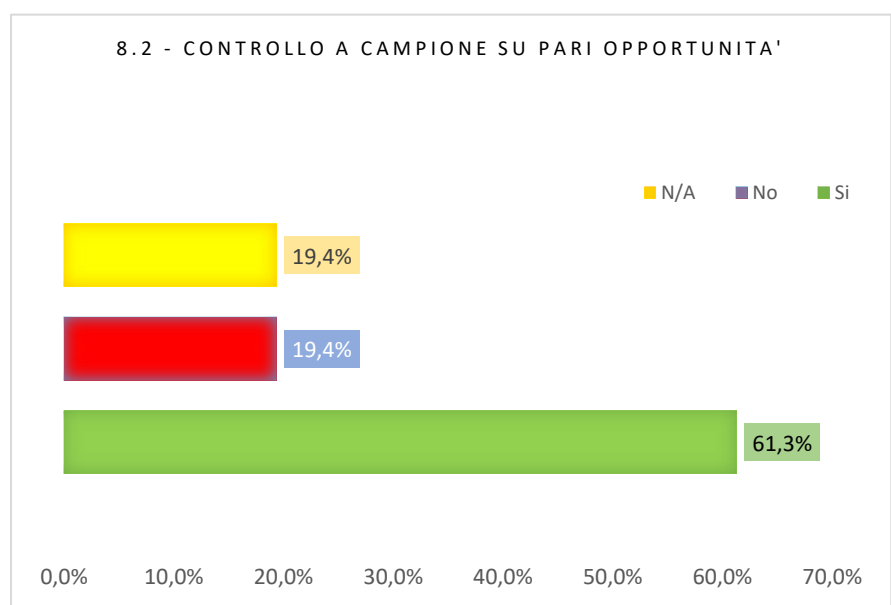
Quesiti:

8.1) 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?



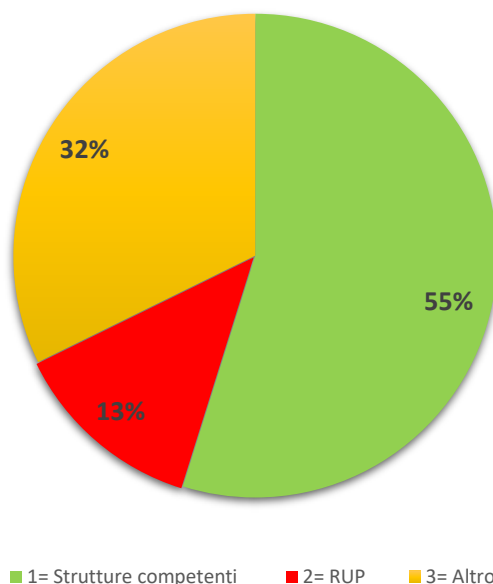
18 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 58% “Si”.
 1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% “No” e fa riferimento alle centrali di committenza Consip/ARIA.
 12 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 39% “N/A”.

8.2) È previsto un controllo a campione circa l'effettivo impiego del personale in conformità a quanto dichiarato dagli appaltatori?



19 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 61% “Si”.
 6 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 19% “No”. 1 ente ospedaliero dichiara di essere in fase di implementazione in seguito al decreto del DG Welfare n. 7796 del 25/05/2023.
 6 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 19% “N/A”.

Quali sono i soggetti preposti che garantiscono il rispetto dei temi delle pari opportunità, generazionali e di genere, insieme all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità



Nella lettura delle risposte ai quesiti occorre premettere che il rispetto del principio del tagging ambientale e digitale non è previsto per tutti i progetti PNRR e come già detto in precedenza, molti enti sanitari ricorrono a centrali di committenza per lo svolgimento delle procedure di gara.

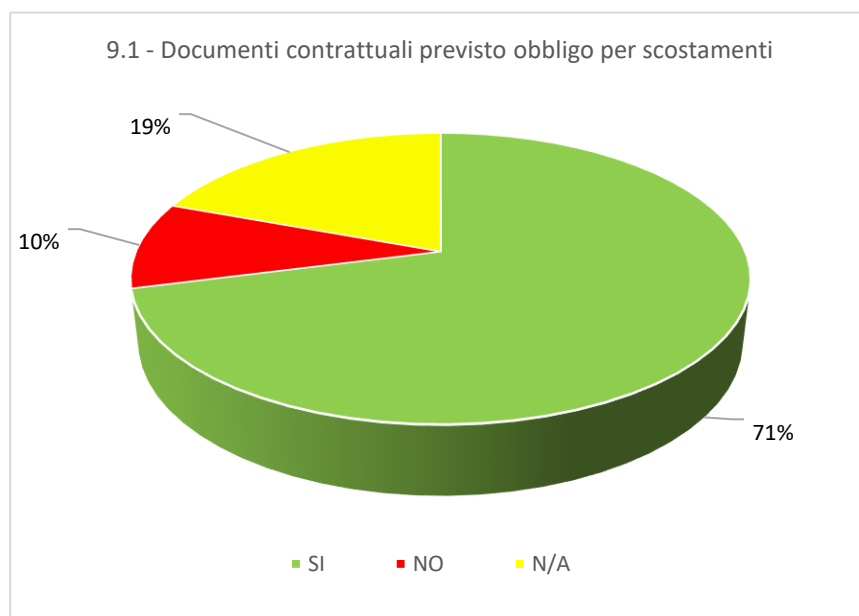
In particolare, per quanto riguarda Aria, Centrale di Committenza regionale, risulta che gli adempimenti sono assolti attraverso il richiamo del contenuto di tali obblighi nei bandi di gara, garantendo così la certezza nei rapporti giuridici e la tutela dell'affidamento degli operatori economici interessati. Nei casi di adesione alla convenzione di Consip si è richiesto e integrato il contratto esecutivo con gli obblighi di cui all'art. 47 D.L. 77/2021.

Quanto alle modalità volte a garantire il rispetto dell'obbligo oggetto di analisi, alcuni enti hanno indicato che sono in fase di aggiornamento le procedure per le attività da porre in essere per gli obblighi specifici del PNRR relativamente ai temi delle pari opportunità, generazionali e di genere, oltre che l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità in fase di stipula dei contratti applicativi o di affidamenti gestiti direttamente dall'azienda per progetti finanziati nell'ambito del PNRR.

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

Quesiti:

9.1) 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?

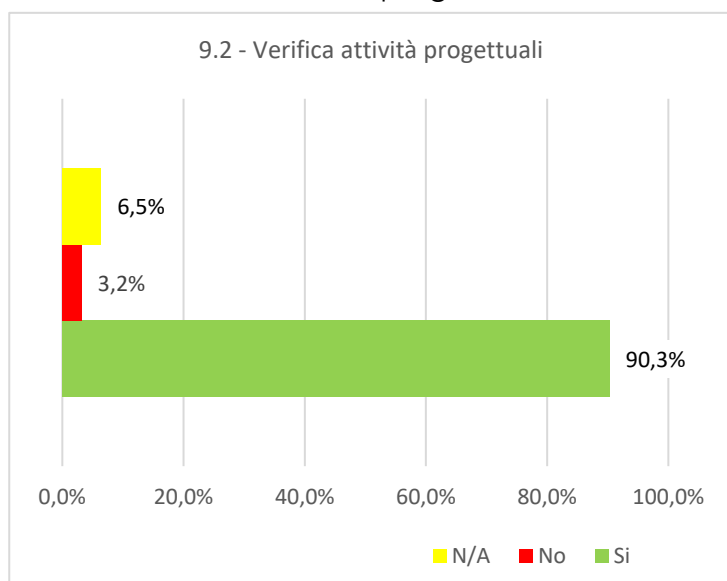


22 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 71% "SI". 6 enti ospedalieri con risposta positiva dichiarano che non sia applicabile alle gare gestite tramite le centrali committenza (Consip/ARIA).

3 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 10% "No". 1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara di essere in fase di implementazione. 6 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 19% "N/A".

Per quanto riguarda le misure per il rispetto delle condizionalità specifiche PNRR, verificando la tempistica di realizzazione delle attività progettuali eventualmente riferite ai target e milestone di progetto/Intervento ARIA ha previsto nei documenti contrattuali 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.

9.2) È prevista la verifica da parte del soggetto attuatore/intermediario della tempistica di realizzazione delle attività progettuali?



28 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 90% “Si”.

1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% “No”. Nello specifico, indica che è in fase di studio una misura di controllo.

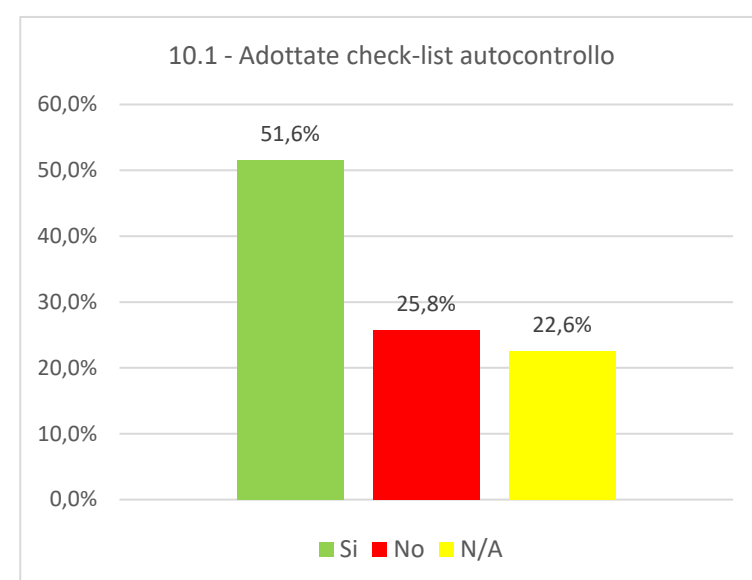
2 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 6% “N/A”.

Con riferimento all'obbligo in oggetto si rappresenta preliminarmente che la maggior parte degli enti devolve tale compito alle Strutture Complesse coinvolte in merito all'attuazione degli interventi: SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Sistemi Informativi Aziendali e SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato). Gli enti sanitari, come già sottolineato più volte, hanno aderito in prevalenza alle gare poste in essere dalle centrali di committenza (ARIA, CONSIP). Il contratto applicativo di recepimento delle Convenzioni Quadro comprende un cronoprogramma relativo alle tempistiche, coerente con i target e le milestone stabilite dal PNRR. A tal proposito specifiche clausole contrattuali prevedono il rispetto di tale cronoprogramma e stabiliscono le penali applicabili nei casi di inadempienza. Il Direttore lavori verifica periodicamente il rispetto del suddetto cronoprogramma al fine di rilevare eventuali scostamenti e porvi rimedio attraverso l'emanazione di ordini di servizio atti a garantire il rispetto della tempistica concordata. Per quanto attiene alla garanzia dell'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 gli enti campionati forniscono risposte diversificate. La maggior parte indica che ciò è garantito mediante specifiche previsioni contrattuali, altri indicano che il rispetto è garantito con le linee guida emanate dalla DG Welfare.

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

Quesiti:

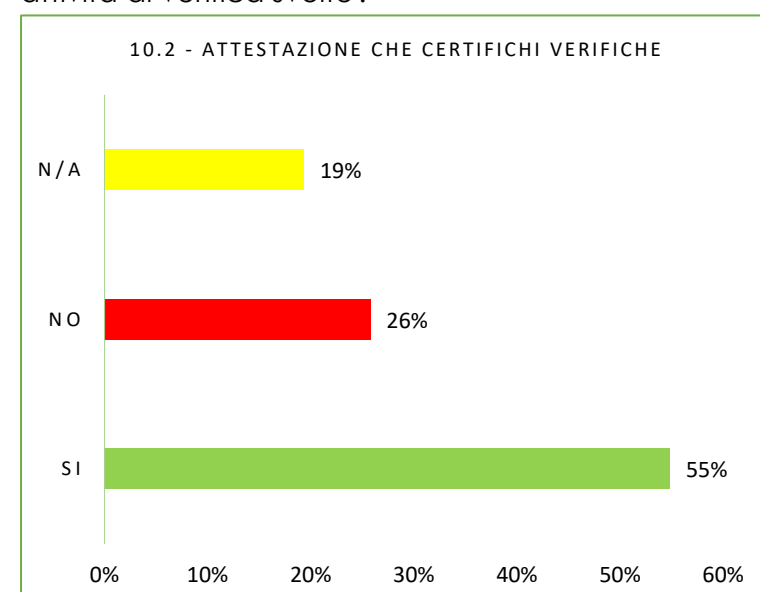
10.1) Vengono adottate check-list di autocontrollo (cfr. anche All. 8, Check list versione informatizzata del PNA 2022) in merito al rispetto delle procedure previste dal d.lgs. 50/2016?



16 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 52% “Si”.
8 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 26% “No”. 4 enti ospedalieri con risposta negativa affermano che i controlli sono in fase di implementazione.
7 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 23% “N/A”.

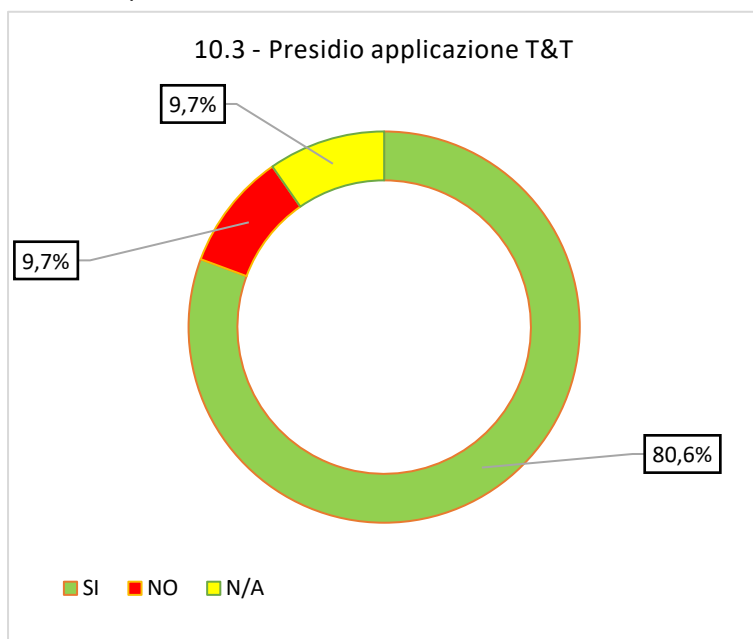
Prima della sottoscrizione del contratto di appalto con il soggetto aggiudicatario/contraente – oltre ai prescritti controlli previsti dal d.lgs. 50/2016, Aria effettua controlli specifici sulle dichiarazioni rese dal medesimo soggetto, come specificato dal punto 5.1.3.3. della circolare RGS n. 30 del 11 agosto 2022.

10.2) È prevista apposita attestazione che certifichi lo svolgimento e l'esito regolare delle attività di verifica svolte?



17 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 55% “Si”.
8 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 26% “No”. 3 enti ospedalieri con risposta negativa dichiarano che i controlli sono in fase di implementazione.
6 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 19% “N/A”. 1 ente ospedaliero con risposta “N/A” dichiara tale controllo inapplicabile in quanto non è stato fatto ricorso alle procedure di appalto.

10.3) 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?



25 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 81% “Si”.

3 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 10% “No”. 1 ente ospedaliero con risposta negativa afferma che i controlli sono in fase di implementazione.

3 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 10% “N/A”. 1 ente ospedaliero con risposta “N/A” dichiara tale controllo inapplicabile in quanto non è stato fatto ricorso alle procedure di appalto.

Gli enti sanitari hanno fornito risposte diversificate. Nella maggior parte dei casi l'attribuzione delle competenze è devoluta alle Strutture SC Gestione Tecnico Patrimoniale e SC Sistemi Informativi Aziendali che hanno adottato le check-list fornite dal Ministero in relazione al rispetto delle procedure previste dal d.lgs. 50/2016 e allegate alla “Guida pratica per il caricamento di informazioni su REGIS, per i progetti PNRR a regia relativi agli investimenti della missione 6 – salute” per procedere all'autocontrollo. –

Per assolvere l'obbligo in oggetto le strutture indicate, per il tramite del RUP, certificano lo svolgimento e l'esito regolare delle attività di verifica secondo il modello di cui all'allegato 2 “Dichiarazione relativa al rispetto degli obblighi PNRR ai fini della rendicontazione delle spese di progetto” di cui alla “Guida pratica per il caricamento di informazioni su REGIS, per i progetti PNRR a regia relativi agli investimenti della missione 6 – salute”.

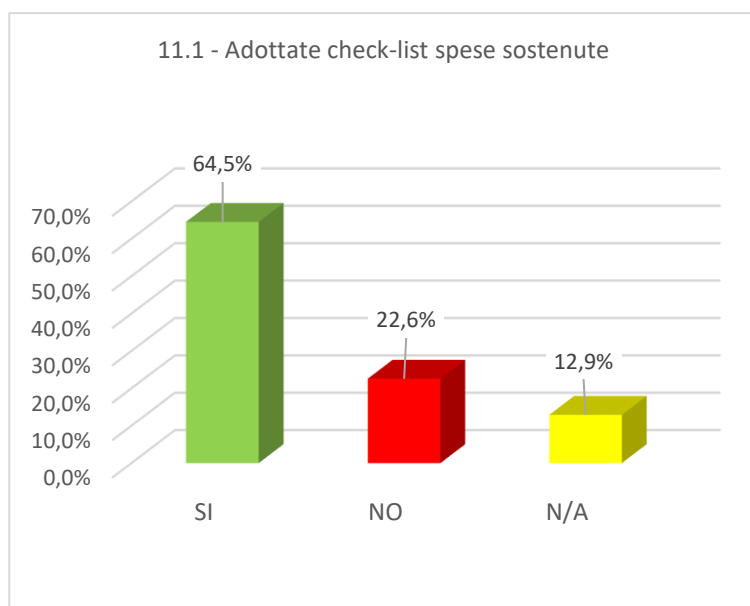
Con riguardo all'attuazione delle linee guida T&T la SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) e la SC Gestione Tecnico Patrimoniale provvedono ad inserire il contratto principale nell'applicativo informatico T&T nel caso in cui sia pervenuta una comunicazione dall'aggiudicatario riguardo un sub-affidamento/sub-appalto/sub-contratto.

Le strutture procedono altresì al monitoraggio dei dati inseriti dall'aggiudicatario.

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

Quesiti:

11.1) Vengono adottate check-list di controllo che attestino la verifica delle spese sostenute secondo le indicazioni delle linee guida?

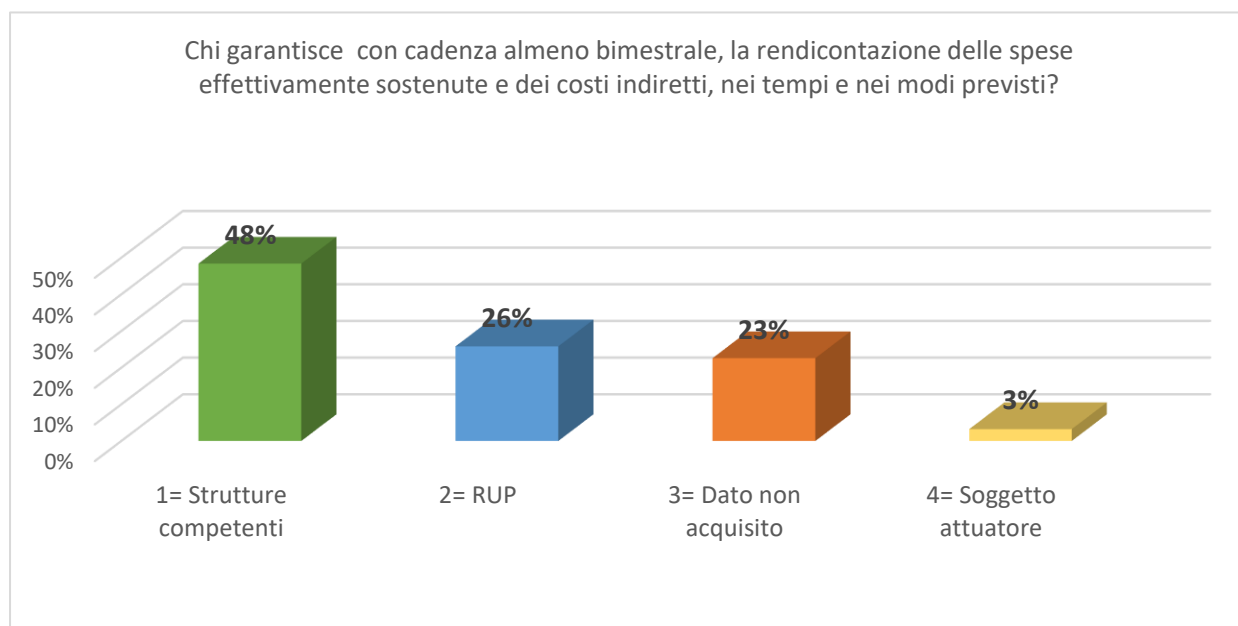


20 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 65% “Si”.

7 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 23% “No”. 4 enti ospedalieri con risposta negativa dichiarano che i controlli sono in fase di implementazione. 1 ente ospedaliero con risposta negativa dichiara che il RUP carica i dati di spesa su REGIS mensilmente, a seguito di esplicita richiesta regionale.

4 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 13% “N/A”. 1 ente ospedaliero con risposta N/A dichiara che verranno adottate Check-list di controllo.

Indicare strutture e soggetti competenti



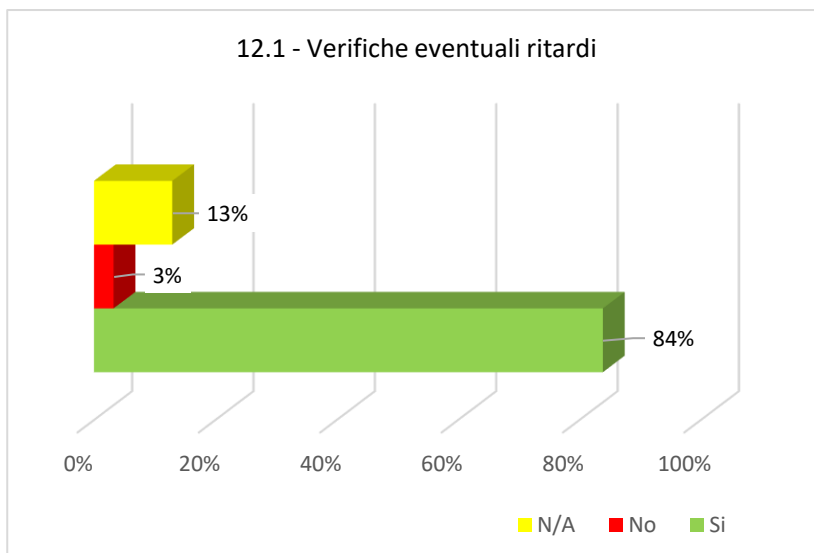
Con riferimento all'obbligo in oggetto gli enti sanitari rappresentano che la competenza è attribuita alle Strutture Complesse coinvolte nell'attuazione degli interventi, vale a dire la

SC Gestione Tecnico Patrimoniale e SC Sistemi Informativi Aziendali, in funzione delle specifiche competenze e per gli ambiti gestiti (che risultano residuali rispetto alle adesioni Consip o regionali). Sono in fase di predisposizione le procedure per le attività di rendicontazione, in funzione anche di quanto riportato nel Decreto della Direzione Generale Welfare n. 7796 del 25/05/2023. Si ricorda l'importanza dell'utilizzo delle check-list in questa fase del controllo.

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

Quesiti:

12.1) 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?

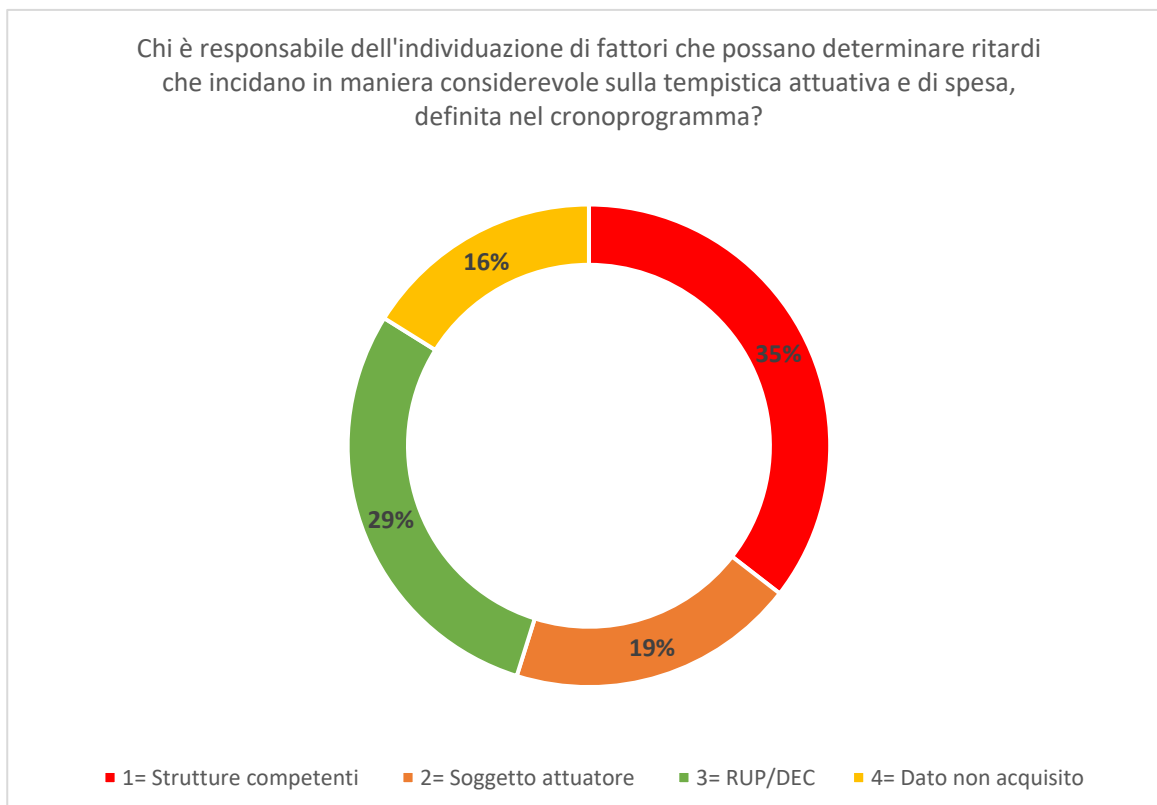


26 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 84% "Si".

1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% "No".

4 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 13% "N/A". 1 ente ospedaliero con risposta "N/A" dichiara tale verifica non applicabile in quanto non ancora avviata la fase di esecuzione delle opere.

Indicare strutture e soggetti competenti



Dalle risposte degli enti emerge che non vi è chiarezza in merito alle procedure che possono fare emergere i fattori che possono determinare ritardi che incidono in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa definiti nel cronoprogramma.

Le strutture più frequentemente indicate quali strutture competenti al presidio dei ritardi che possono incidere sulla realizzazione dei progetti sono i RUP di Gestione Tecnico Patrimoniale, Servizio Ingegneria Clinica e Sistemi Informativi Aziendali. Si evidenzia che molti enti sanitari dichiarano che vengono eseguite verifiche periodiche con la comparazione dei tempi di reale realizzazione con il cronoprogramma di progetto redatto nel rispetto delle milestone. È istituito presso diverse ASST un tavolo tecnico di coordinamento con la presenza di tutti i soggetti coinvolti che, mensilmente, esegue le verifiche previste. Viene eseguita la trasmissione periodica di report di monitoraggio ad ATS e Regione Lombardia, su richiesta delle medesime istituzioni regionali. In questo modo è possibile tenere aggiornato lo stato di avanzamento dei progetti ed evitare potenziali ritardi negli interventi in essere.

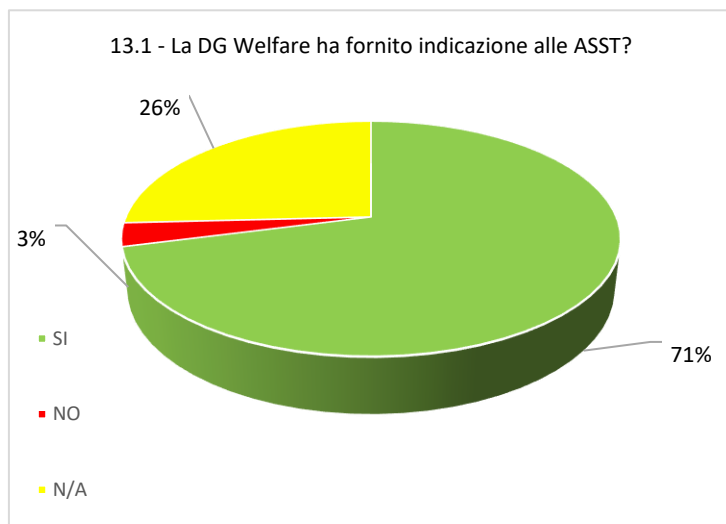
Si ritiene che tutti gli enti sanitari debbano prevedere forme di coordinamento al fine di monitorare e prevenire ritardi negli stati di avanzamento dei progetti.

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

Quesiti:

13.1) 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

13.2) È una responsabilità dei dirigenti regionali individuati nel decreto n. 7303 del 25 maggio 2022 la validazione delle schede di intervento dei progetti?



22 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 71% “Si”.

1 ente ospedaliero ha fornito una risposta negativa – 3% “No”.

8 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 26% “N/A”.

Rispetto all'osservanza di tale obbligo non si rilevano criticità particolari. La DG Welfare, nell'ambito della propria attività di indirizzo e coordinamento, ha adottato – ad oggi – due decreti attinenti ai temi operativi del controllo e destinati alle aziende sanitarie in qualità di soggetti attuatori esterni:

- Decreto 7796 del 25 maggio 2023, avente ad oggetto “Approvazione delle indicazioni operative per i soggetti attuatori esterni e per il soggetto attuatore (RL) in merito al processo di rendicontazione e relativi controlli”.
- Successivamente alla somministrazione del questionario, la DG Welfare ha adottato un altro decreto 10213 del 06.07.21023 avente ad oggetto: PROGETTI PNRR MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA LIQUIDAZIONE DEI FONDI AI SOGGETTI ATTUATORI ESTERNI DI CUI ALLA MISSIONE 6 – COMPONENT 1 E 2 - PNRR circa le modalità con cui devono essere erogate le risorse PNRR, una volta ultimato il processo di rendicontazione e controllo, sulla base delle direttive del Ministero dell'Economia Finanza.
- Per quanto riguarda l'attribuzione del compito di validare le schede di intervento dei progetti, risulta che le aziende sanitarie sono informate che con il decreto 7303 del 25.06.2022 la responsabilità per la validazione delle schede di intervento dei progetti è attribuita ai dirigenti regionali ivi indicati. Infatti per ciascuna delle linee di intervento della Missione 6, Component 1 e Component 2, nel decreto vengono allegati gli estremi degli atti aziendali delle aziende sanitarie di nomina dei responsabili unici del procedimento (RUP) incaricati della compilazione delle Schede Intervento dei progetti del PNRR e del PNC, unitamente all'indicazione dei referenti regionali incaricati della validazione delle stesse; vengono altresì individuati i referenti

regionali incaricati della validazione delle Schede Intervento inserite sul portale Agenas.

- Su questo punto, pertanto, sembra esserci chiarezza per quanto attiene alla suddivisione dei compiti tra soggetto attuatore e attuatori esterni delegati.

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

Quesiti:

14) 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?

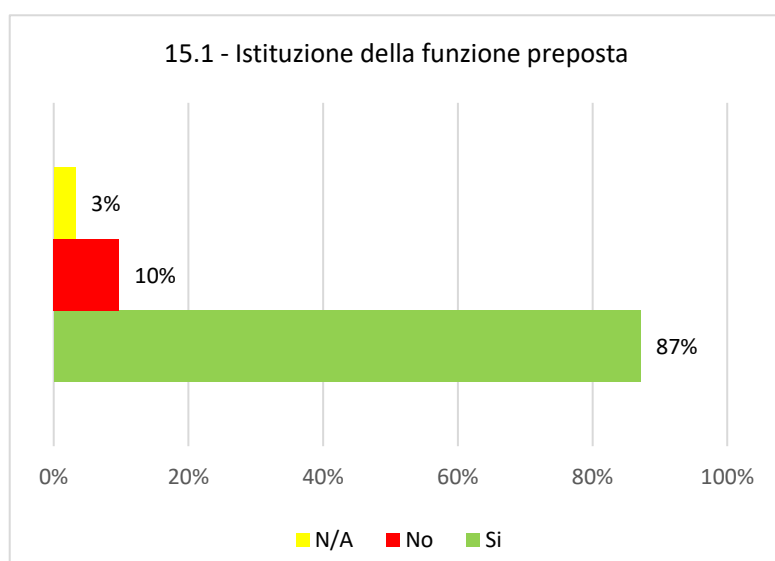
L'obbligo è presidiato: la totalità delle aziende sanitarie utilizza il sistema informativo Regis adottato dall'amministrazione titolare della Misura; l'alimentazione del sistema Regis è nella maggior parte dei casi in capo al RUP, mentre le strutture organizzative più frequentemente coinvolte sono la Gestione Acquisti, Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica.

Si sottolinea l'importanza della profilazione sulla piattaforma REGIS e si raccomanda il costante aggiornamento delle informazioni in coerenza con l'avanzamento delle fasi di realizzazione dei progetti.

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.

Quesiti:

15.1) 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?



27 enti hanno fornito una risposta positiva - SI; 84%
3 enti hanno fornito una risposta negativa - NO; 9%
1 ente hanno fornito una risposta N/A - 3%

15.2) 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?

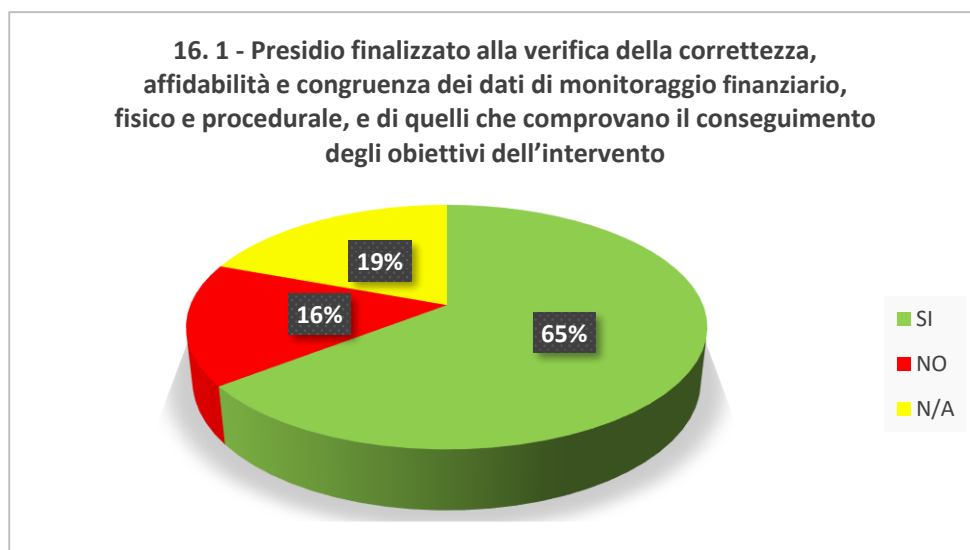
L'obbligo di caricamento è presidiato e anche in questo caso è importante sia la profilazione, che il rispetto delle tempistiche per l'aggiornamento dei dati.

Nella maggior parte delle aziende i soggetti preposti all'alimentazione dei dati su ReGIS sono i RUP, responsabili dei vari progetti afferenti alle diverse strutture, quali la SC Gestione Tecnico-Patrimoniale, Ingegneria Clinica ecc. In un caso i controlli sugli inserimenti sono attribuiti alla funzione Internal Audit. L'eventuale decisione aziendale di attribuire al RIA la verifica in parola dovrebbe essere debitamente motivata dalla mancanza di alternative e accompagnata dalla garanzia che la struttura organizzativa del RIA sia configurata in maniera tale da scongiurare il rischio del verificarsi di incompatibilità nel caso in cui fosse chiamata in futuro a svolgere attività di audit sui processi collegati al P.N.R.R.

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

Quesiti:

16) 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?



20 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 65% “Si”.
5 ente ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 16% “No”.
6 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 26% “N/A”.

Con riferimento a questo obbligo si evidenzia che la maggior parte delle aziende sanitarie ha avvertito la necessità di istituire un presidio per la verifica della correttezza, affidabilità e la congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell'intervento.

Tale presidio può consistere nella costituzione di una Cabina di regia per le attività di controllo a supporto dei RUP, in grado di monitorare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi entro le scadenze fissate. Altre soluzioni riguardano l'istituzione di gruppo di lavoro aziendale o una funzione aziendale per il coordinamento, il monitoraggio ed il supporto nell'implementazione e nella rendicontazione dei progetti del PNRR. Altre aziende sanitarie, nelle risposte al questionario di autodiagnosi, hanno evidenziato che le procedure di individuazione di tali soluzioni organizzative sono in fase di implementazione.

Poche aziende hanno ritenuto di non essere investite del compito di garantire la correttezza e l'affidabilità dei dati, secondo quanto richiesto dall'obbligo in commento. In altri casi, il soggetto incaricato è il RUP.

Si raccomanda alle aziende sanitarie che non hanno istituito uno specifico presidio, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, di valutare anche soluzioni più idonee, tenendo conto che l'individuazione del RUP quale unico soggetto incaricato potrebbe non risultare la soluzione più funzionale dal punto di vista organizzativo.

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

Quesiti:

17) 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?

Come rilevato in relazione all'obbligo 13, la DG Welfare ha adottato i seguenti decreti: Decreto 7796 del 25 maggio 2023, avente ad oggetto "Approvazione delle indicazioni operative per i soggetti attuatori esterni e per il soggetto attuatore (RL) in merito al processo di rendicontazione e relativi controlli"; Decreto n. 10213 del 06.07.21023 avente ad oggetto: PROGETTI PNRR MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA LIQUIDAZIONE DEI FONDI AI SOGGETTI ATTUATORI ESTERNI DI CUI ALLA MISSIONE 6 – COMPONENT 1 E 2 – PNRR.

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

Quesiti:

18) Sono individuate le modalità di conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e/o informatici?

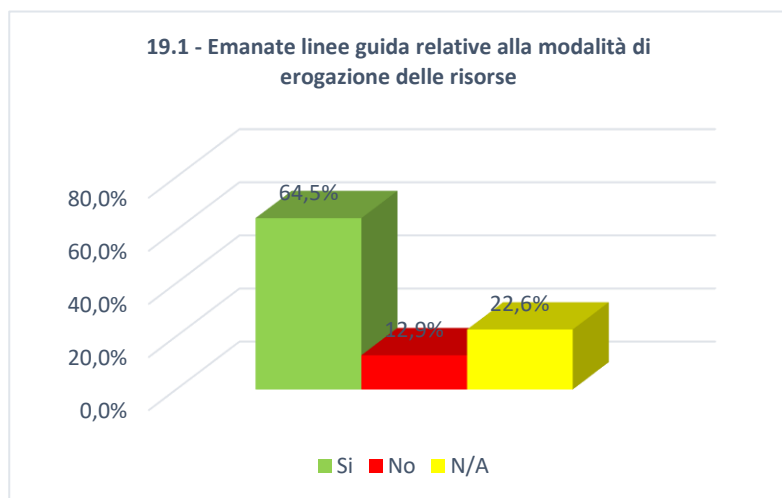
La totalità delle aziende sanitarie risponde di aver individuato modalità di conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e/o informatici.

Nella maggior parte dei casi il RUP viene indicato quale soggetto competente all'adempimento dell'obbligo. Le strutture organizzative maggiormente citate nelle risposte sono invece la SC Sistemi Informativi SC Ingegneria clinica SC Gestione Tecnico-patrimoniale, SC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità SC Gestione Acquisti. Data la necessità di conservare la documentazione progettuale e attuativa PNRR, per consentire ai diversi organi competenti (Ministero della Salute, del Servizio centrale per il PNRR, dell'Unità di Audit, della Commissione europea ecc) lo svolgimento delle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, si raccomanda l'adozione di una modalità organizzativa che consenta all'azienda sanitaria di accedere alla documentazione in ogni tempo, attraverso un sistema di gestione documentale nel server aziendale, avente le caratteristiche e gli standard di continuità operativa ed affidabilità.

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

Quesiti:

19) 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?



20 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 64,5% “Si”.
4 enti ospedalieri ha fornito una risposta negativa – 12,9% “No”.
7 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 22,6% “N/A”.

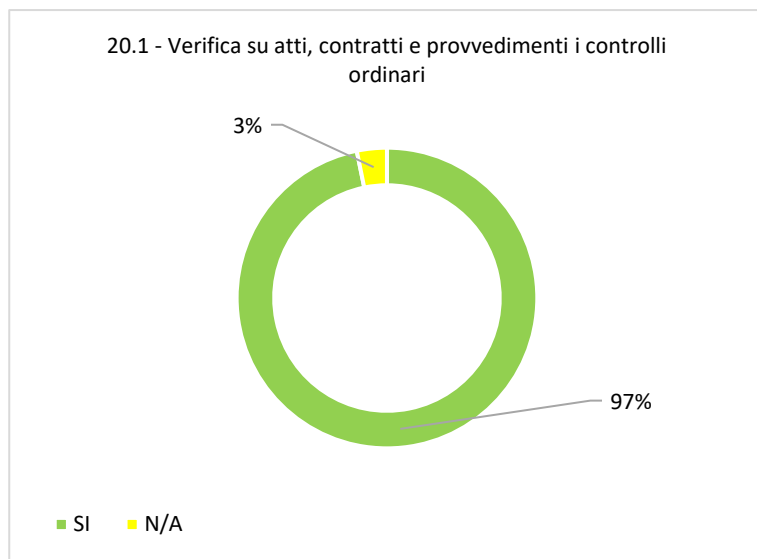
In attuazione della DGR n. 6426/22 Regione Lombardia - in qualità di Soggetto Attuatore tenuto a svolgere attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri Enti eventualmente delegati alla attuazione degli interventi ai sensi dell'art. 5, lett. n) del CIS ha fornito ai Soggetti Attuatori esterni indicazioni operative in merito:

- al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli al fine di assicurare un adeguato ed efficiente sistema dei controlli con riferimento agli interventi finanziati dal PNRR, nonché ulteriori indicazioni circa le modalità con cui devono essere erogate le risorse PNRR, con il Decreto 7796 del 25 maggio 2023;
- una volta ultimato il processo di rendicontazione e controllo, sulla base delle direttive del Ministero dell'Economia e Finanza, e successivamente alla somministrazione del questionario, la DG Welfare ha adottato il Decreto 10213 del 06.07.21023 relativo alla approvazione delle linee guida per la liquidazione dei fondi ai soggetti attuatori esterni

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

Quesiti:

20.1) 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?



30 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 97% “Si”.
1 enti ha fornito una risposta “N/A” – 3% “N/A”.

La maggior parte delle aziende sanitarie risponde affermativamente riguardo all'attuazione dell'obbligo in esame, dettagliando i soggetti coinvolti e le procedure poste in essere. Ad esempio, viene riportato che l'U.O. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità con l'emissione dell'ordinativo di pagamento verifica la presenza del provvedimento deliberativo di affidamento, di ordine, di bolla, di certificato di collaudo o attestazione di regolare esecuzione o SAL accertando la presenza 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.).

Altre soluzioni organizzative adottate consistono nell'effettuazione dei controlli ordinari di legalità e controlli amministrativo contabili per garantire la correttezza, la conformità, la legittimità, la tracciabilità e l'ammissibilità delle spese da rendicontare tramite check list. Le strutture coinvolte risultano essere più frequentemente la SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Gestione Acquisti e SC Sistemi Informativi Aziendali e SC Ingegneria clinica che svolgono i controlli ordinari amministrativo-contabili in raccordo con la SC Bilancio Programmazione finanziaria e contabilità.

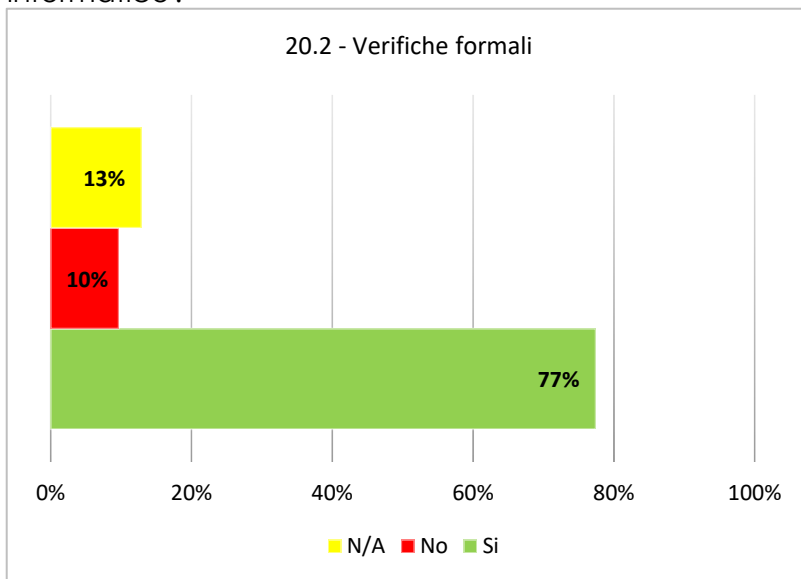
Dalle risposte emerge che qualche azienda sta predisponendo delle procedure di controllo, anche in attuazione delle linee guida della DG Welfare, che peraltro sono state adottate pochi giorni prima della scadenza per la restituzione del questionario.

In alcuni casi invece non si rilevano indicazioni in merito alle procedure adottate, e in qualche caso si attribuiscono i controlli alla struttura audit. Anche in questo caso, come già detto in precedenza, l'eventuale decisione aziendale di attribuire al RIA la verifica in parola dovrebbe essere debitamente motivata dalla mancanza di alternative e accompagnata

dalla garanzia che la struttura organizzativa di quest'ultimo sia organizzata in maniera tale da scongiurare il rischio del verificarsi di incompatibilità là dove fosse chiamata in futuro a svolgere attività di audit sui processi collegati al P.N.R.R.

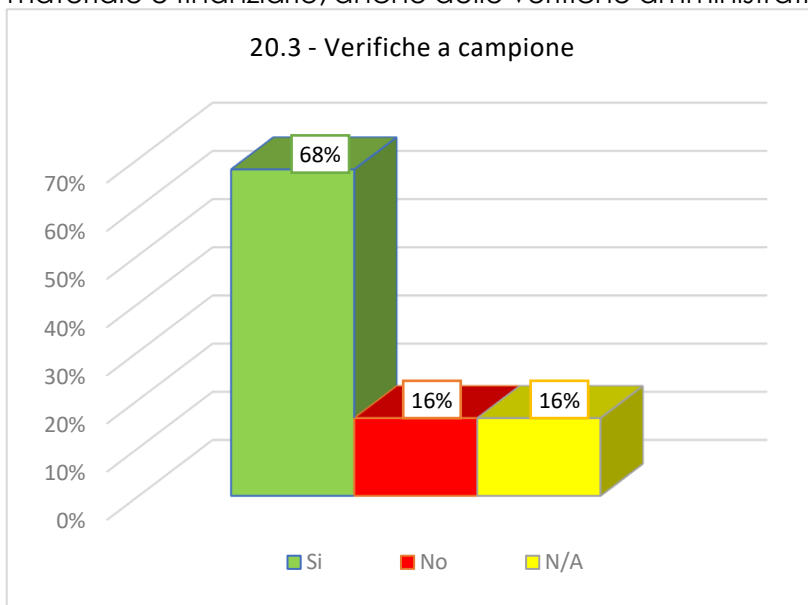
In generale, si sottolinea l'importanza di tracciare i controlli in modo adeguato, di conservare la documentazione che ne attesta l'effettivo svolgimento. Il target di riferimento dei controlli sui giustificativi di spesa dovrebbe essere il 100% e la segregazione delle funzioni per assicurare la corretta esecuzione dei processi di responsabilità del dirigente competente.

20.2) 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?



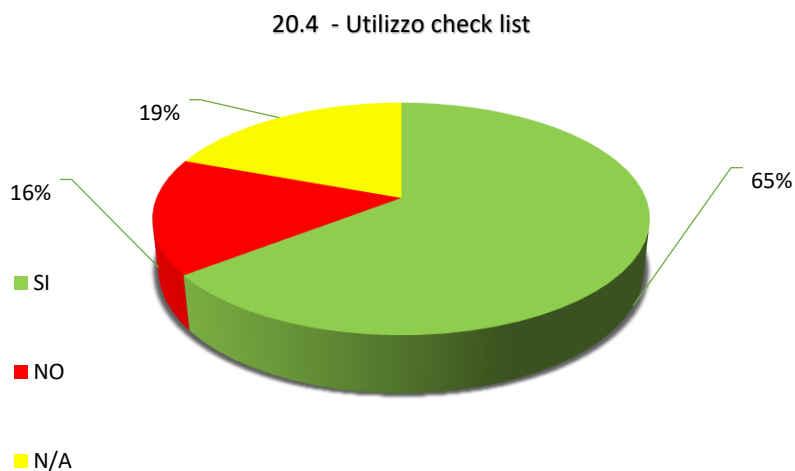
25 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 78% "Si".
 3 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 9% "No".
 4 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 13% "N/A".

20.3) 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?



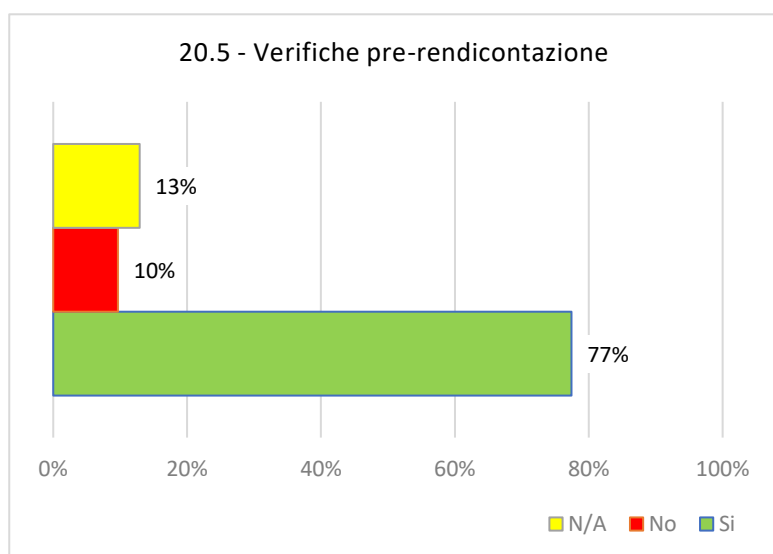
22 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 68% "Si".
 5 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 16% "No".
 5 enti hanno fornito una risposta "N/A" – 16% "N/A".

20.4) Nel caso di cui al punto precedente si prevede di predisporre una apposita check list che possa costituire un utile documento comprovante il controllo?



21 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 65% “Si”.
 5 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 16% “No”.
 6 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 19% “N/A”.

20.5) È effettuata una verifica in tal senso prima della rendicontazione in ReGis/all'Amministrazione centrale?

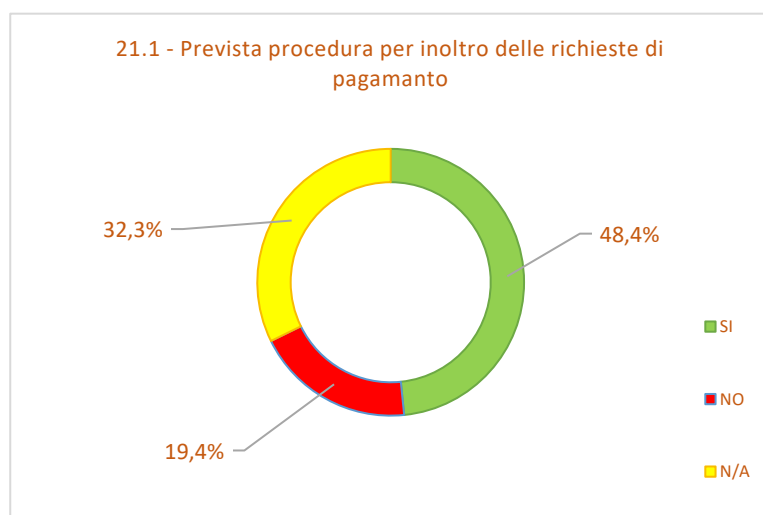


25 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 77% “Si”.
 3 enti ospedalieri hanno fornito una risposta negativa – 10% “No”.
 4 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 13% “N/A”.

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

Quesiti:

21) È prevista una procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento conforme alle indicazioni ministeriali?



15 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 48,4% “Si”.
6 enti ospedalieri ha fornito una risposta negativa – 19,4% “No”.
10 enti hanno fornito una risposta “N/A” – 32,3% “N/A”.

La DG Welfare con il decreto n. 7796 del 25/5/2023 ha dato le indicazioni in merito al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli, successivamente con decreto n. 10213 del 6/7/2023 ha approvato le Linee guida per la liquidazione dei fondi rivolte ai soggetti attuatori esterni delegati da RL. Il documento illustra i principali flussi procedurali da seguire nelle fasi del controllo, rendicontazione e liquidazione degli interventi finanziati con PNRR, richiamando obblighi, adempimenti e responsabilità in linea con i regolamenti UE e il SiGeCo- MEF.

L'attività di inoltro del rendiconto all'Amministrazione centrale è in capo alla Direzione Generale Welfare, ma è consequenziale ad una attività in capo ai soggetti attuatori esterni; la Direzione Welfare con i due decreti sopra citati ha delineato con maggiore chiarezza i rispettivi ruoli nel complesso processo di gestione del PNRR.

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

Quesiti:

22) Le procedure adottate garantiscono l'adozione di una codificazione contabile adeguata ai fini dell'ammissibilità delle spese?

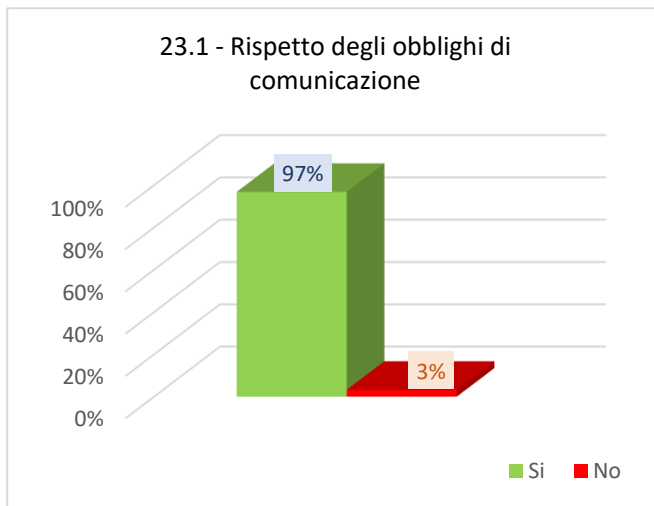
La quasi totalità delle aziende risponde di avere in uso una codificazione contabile adeguata ai fini dell'ammissibilità delle spese. 30 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 97% “Si”; 1 ente ha fornito una risposta “N/A” – 3% “N/A”

La procedura prevede l'indicazione del CIG, CUP e di un conto di contabilità generale.

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

Quesiti:

23) Le procedure garantiscono il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241?



30 enti ospedalieri hanno fornito una risposta positiva – 97% “Si”.
1 ente ha fornito una risposta “No” – 3% “No”

L'obbligo, in base alle risposte fornite dalle aziende sanitarie, è presidiato o comunque in fase di attuazione. Le stesse hanno riferito che sui documenti contrattuali vi è espressa indicazione della fonte di finanziamento e della dicitura “finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU” o l'emblema dell'Unione Europea. Alcune aziende fanno presente che stanno implementando una apposita sezione del sito internet dedicata al PNRR, altre invece stanno aggiornando la sezione di “amministrazione trasparente”, al fine di dare evidenza ai progetti PNRR.

Tuttavia, sembra utile ricordare che, come disposto dal SIGECO, il Soggetto attuatore ha l'obbligo, pena la non ammissibilità delle spese sostenute, di rispettare le seguenti disposizioni:

- mostrare correttamente e in modo visibile in tutte le attività l'emblema dell'UE con un'appropriata dichiarazione di finanziamento che reciti “finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU” inserendo lo specifico riferimento che l'intervento è finanziato dal PNRR-Missione 6;
- quando viene mostrato in associazione con un altro logo, l'emblema dell'Unione europea 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;
- utilizzare per i documenti prodotti la seguente dichiarazione: “Finanziato dall'Unione europea –NextGenerationEU.

Si ricorda che, come tutti gli altri obblighi connessi all'utilizzo dei fondi comunitari, la mancata applicazione delle regole descritte determina il mancato riconoscimento delle spese da parte della Commissione europea e, conseguentemente, la revoca dei finanziamenti concessi e pertanto si raccomanda l'attento presidio di tutte le prescrizioni previste.

CONCLUSIONI

Il questionario, inviato alle aziende sanitarie nel mese di maggio 2023, riprende tutti gli obblighi previsti dal CIS sottoscritto dal Presidente della Regione, obblighi che ovviamente riguardano l'intero processo PNRR che ricordiamo si concluderà nel 2026. Ciò significa che alcune delle attività di controllo, in rapporto alle milestone e target che ancora non sono state raggiunte, non si sono ancora perfezionate e ciò può spiegare le tante risposte N/A che abbiamo riscontrato.

Con il questionario vengono indagate le misure organizzative atte ad assicurare che gli enti abbiano predisposto sistemi di governance efficaci per il conseguimento degli obiettivi nei tempi previsti e nel rispetto delle regole che disciplinano le procedure nell'ambito del PNRR, se sia stato individuato un responsabile dell'esecuzione del PNRR, se i sistemi informativi dell'ente garantiscano la completa tracciabilità delle operazioni concernenti l'utilizzo delle risorse del PNRR, se siano state adottate procedure specifiche, al fine di prevenire irregolarità contabili ed eventuali frodi nella gestione dei fondi collegati all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nella valutazione dei risultati occorre tenere conto che gli esiti del questionario sono stati resi in prossimità dell'adozione del decreto DG Welfare n. 7796 del 25/5/2023 che ha dato le indicazioni in merito al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli. Il decreto n. 10213 del 6/7/2023 che ha approvato le Linee guida per la liquidazione dei fondi rivolte ai soggetti attuatori esterni delegati da Regione Lombardia è addirittura successivo alla somministrazione del questionario.

Le risposte fornite dagli enti sanitari sono state valutate considerando due prospettive: i 23 obblighi indicati nel questionario e i 31 enti ospedalieri coinvolti nel sondaggio.

Considerando gli obblighi, si evidenzia che 6 presentano risposte affermative al 100%, 3 rientrano nella fascia di risposte affermative 90-99%, 1 rientra nella fascia di risposte affermative 80-89% e 5 rientrano nella fascia di risposte affermative 70-79%. Pertanto, si può notare che dei 23 obblighi indicati 15 hanno un riscontro positivo di almeno il 70%.

Considerando gli enti ospedalieri, si evidenzia che 4 forniscono risposte affermative al 100%, 3 forniscono risposte affermative al 96% (22 obblighi su 23), 2 forniscono risposte affermative al 91% (21 obblighi su 23), 4 forniscono risposte affermative nella fascia 80-89%, 11 forniscono risposte affermative nella fascia 70-79%. Pertanto, si può notare che dei 31 enti ospedalieri indicati 24 forniscono un riscontro positivo di almeno il 70% degli obblighi. Contemplando anche la fascia 60-69% vi sono ulteriori 5 enti ospedalieri quindi dei 31 enti ospedalieri indicati 27 forniscono un riscontro positivo di almeno il 60% degli obblighi.

Le informazioni raccolte consentono di delineare un quadro sostanzialmente positivo, con alcuni ambiti di miglioramento che riguardano:

- lo sviluppo di forme di coordinamento tra la centrale di committenza e aziende sanitarie per l'adempimento degli obblighi per prevenire irregolarità in materia di doppio finanziamento, frode, conflitto di interessi, verifica del titolare effettivo;
- l'importanza di istituire un coordinamento tra stazione appaltante ed ente sanitario al fine di assicurare che i controlli richiesti siano svolti per le fasi del processo di rispettiva competenza;
- l'adozione di procedure interne conformi ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dal Ministero della Salute (riferimento al CIS: art. 5, comma 1, lettera b);

- la previsione di forme di coordinamento al fine di monitorare e prevenire ritardi negli stati di avanzamento dei progetti;
- la salvaguardia del ruolo del R.I.A., attraverso la previsione di misure organizzative atte a scongiurare il rischio del verificarsi di incompatibilità e consentirgli di supportare il Direttore Generale nella verifica della adeguatezza del sistema dei controlli;
- l'istituzione di un presidio organizzativo a supporto dei RUP;
- l'adozione di un sistema di gestione documentale per rendere disponibile la documentazione progettuale e attuativa PNRR, per le attività di controllo e di audit;
- la tracciatura dei controlli in modo adeguato, con l'utilizzo delle check-list di auto-controllo in tutte le fasi di verifica in itinere;
- la segregazione delle funzioni per assicurare la corretta esecuzione dei processi di responsabilità del dirigente competente;
- il presidio del rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione.

Alcune delle lacune evidenziate nelle risposte potrebbero essersi ragionevolmente colmate nel tempo trascorso dalla compilazione del questionario ad oggi, grazie anche agli strumenti e alle occasioni di confronto messi a disposizione dalla DG Welfare. ORAC monitorerà le situazioni più critiche mediante appositi incontri con le aziende sanitarie interessate, per avviare una attività di affiancamento e supporto che sarà prevista nell'ambito del Piano di Attività di ORAC del 2024.

Importante sarà anche la messa in campo di risorse per la formazione del personale delle aziende sanitarie. Si segnala in proposito l'iniziativa formativa promossa da ORAC e dalla U.O. Controlli della Giunta regionale che riguarda l'erogazione di una formazione a favore di RUP e DEC del sistema regionale sul tema degli adempimenti normativi connessi al PNRR, con particolare attenzione ai risvolti operativi di controllo e del nuovo codice dei contratti. Il momento formativo costituirà l'occasione per affrontare tutti gli adempimenti del RUP e del DEC.

Per il quanto riguarda il ruolo della DG Welfare, sarà necessario sviluppare ulteriormente l'azione di supporto, indirizzo e coordinamento costante rivolta agli enti sanitari, in raccordo con le indicazioni di ORAC. Inoltre, il modello organizzativo individuato dalla Direzione per lo svolgimento dei controlli interni, che prevede che ciascuna UO della Direzione effettui le verifiche di secondo livello con riferimento agli interventi di propria competenza, richiede che siano incentivate forme di coordinamento e raccordo interno che assicurino omogeneità di attuazione. Se necessario, le Linee guida in merito al processo di rendicontazione e relativi controlli, potranno essere aggiornate in base alle effettive necessità emerse nel contesto operativo a fronte dell'avanzamento dei progetti, oppure in conseguenza di nuove indicazioni ministeriali derivanti dalle prassi applicative.

Un ulteriore aspetto da approfondire potrà riguardare il reclutamento di personale, specificatamente dedicato alla realizzazione degli interventi PNRR.

Infine, per quanto riguarda gli enti sanitari, oltre alle raccomandazioni sopra elencate, si ritiene essenziale che si occupino di monitorare il funzionamento dell'organizzazione che si sono dati e se del caso rivederne gli aspetti di debolezza, riprendendo modelli già sperimentati da alcune realtà improntati alla chiarezza delle responsabilità e al coordinamento interno a supporto dei responsabili.



Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione”

PREMESSA

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), grazie alle funzioni attribuitegli con la legge regionale 28/09/2018, n. 13 (*Istituzione dell'Organismo regionale per le Attività di Controllo*), secondo il modulo d'intervento definito di “vigilanza collaborativa”, ha destinato una propria attività di presidio all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Quest'ultimo, difatti, vista la portata dei finanziamenti che verranno investiti per opere progettuali sul territorio, rappresenta una sfida per l'amministrazione regionale, anche in vista della prevenzione di potenziali casi di irregolarità e/o abusi.

Per tale motivo ORAC ha avviato una attività relativa al PNRR volta a mantenere da un lato la logica del risultato, essenziale al corretto utilizzo dei fondi europei, e contemporaneamente il rispetto di legalità e trasparenza.

A tal fine, ORAC ha elaborato un “*Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 1 – investimento 1.1. “Politiche attive del lavoro e della formazione”*”.

Scopo del questionario è 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 presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze; 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.

L'Accordo ai sensi dell'art. 5, comma 6 del D.lgs. 50/2016 per la realizzazione della riforma ALMP's e formazione professionale tra l'Amministrazione Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Amministrazione centrale titolare di interventi PNRR) e L'Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro “ANPAL” e Regione Lombardia in qualità di soggetto attuatore sottoscrivendo i relativi atti d'obbligo.

Il questionario - suddiviso in 27 obblighi, ripresi dalla DGR n. 7084 del 3 ottobre 2022 - è stato inviato alla DG Formazione e Lavoro.

Di seguito sono rappresentate le risposte fornite dalla DG Formazione e Lavoro. Si precisa che una risposta negativa non necessariamente rappresenta un mancato adempimento Formazione e Lavoro, in quanto deve specificatamente esser contestualizzata all'attività svolta in relazione al progetto di investimento.

Inoltre, occorre considerare che, anche grazie all'impulso dato da ORAC con la somministrazione del questionario, la Direzione Formazione e lavoro ha adottato un primo decreto - avente ad oggetto: “*Approvazione dello schema di Convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con ANPAL per l'attuazione dell'intervento del PNRR Missione 5C1 – Politiche per il lavoro – Riforma 1.1. – Programma GOL Garanzia Occupabilità Lavoratori*”.

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

La DG Formazione e Lavoro precisa che 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. Inoltre, sono state previste specifiche misure volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interessi, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR. In attuazione della sezione rischi corruttivi del PIAO (ex PTCP) è applicata in Regione Lombardia una metodologia di analisi e ponderazione del rischio di corruzione, secondo un approccio di tipo qualitativo che prevede la stima dell'esposizione al rischio dei processi e nella conseguente scelta delle misure di trattamento più adeguate e dei relativi indicatori di monitoraggio, fra cui la rotazione dei dirigenti e dei funzionari con funzioni a rischio medio/alto di corruzione. La mappatura dei processi e l'aggiornamento del rischio contribuiscono ad attenuare il rischio di frode. Tra le misure di prevenzione della corruzione, i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. n. 190/2012 un ruolo importante, costituendo – in via complementare rispetto al PIAO - lo strumento che più di altri si presta a disciplinare le condotte del personale orientandole alla miglior cura dell'interesse pubblico. Il sistema è delineato dall'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla l. n. 190/2012.

La mappatura dei rischi corruttivi e trasparenza, è prevista nel PIAO 2024-2026.

Il codice di comportamento per il personale della Giunta regionale è stato adottato con DGR n. X/6062 del 29 dicembre 2016; tra le principali novità va segnalato il potenziamento dell'attenzione rispetto al tema della prevenzione del conflitto di interessi; ai sensi dell'art. 2, co. 2 e 3, del D.P.R. n. 62/2013, il codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, il cui rapporto è disciplinato contrattualmente.

Gli obblighi di condotta sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

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

La DG Formazione e Lavoro ha adottato 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 opportuno precisare che attualmente non sono a disposizione strumenti idonei volti a controllare:

- la documentazione probatoria del controllo svolto "ex ante" sul titolare effettivo, in modo che le verifiche svolte siano tracciate;
- le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, in modo che le verifiche svolte siano tracciate

La DG Formazione precisa i seguenti due aspetti:

- Il Sistema informativo, attraverso controlli automatici, verifica la completezza dei dati dichiarati dal soggetto esecutore in fase di Adesione.
- Le attività di controllo potranno essere effettuate solo a seguito di implementazione di servizi di cooperazione su banche dati esterne dedicate a tale scopo

Si raccomanda di predisporre idonea documentazione probatoria del controllo effettuato sul titolare effettivo e sulle dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse in conformità con quanto previsto dalle linee guida ministeriali.

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

La DG precisa che sono presenti procedure per prevenire il doppio finanziamento pubblico degli interventi.

Inoltre:

- 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

Il sistema informativo "*Finanziamentionline*" utilizzato da Regione Lombardia per la gestione del Programma GOL verifica, in fase di prenotazione della dote, che il Codice Fiscale del destinatario della politica non sia associato ad ulteriori Bandi di politica attiva.

Inoltre, in sede di Adesione all'Avviso, il soggetto esecutore si impegna a garantire che i servizi erogati non vengano finanziati da altre fonti del bilancio dell'Unione europea, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 9 del Reg. (UE) 2021/241.

La dichiarazione rilasciata in fase di Adesione è stata ulteriormente integrata al fine di impegnare i soggetti esecutori a garantire: che i servizi erogati non vengano finanziati da altre fonti del bilancio dell'Unione europea, ovvero da altri finanziamenti pubblici; e inoltre ad attivare adeguati controlli e misure tese ad accertare l'assenza di doppio finanziamento, conflitto di interesse e il rispetto della normativa in materia di antiriciclaggio, ai sensi della normativa vigente e in particolare delle Linee Guida allegate alla circolare MEF 30/2022 del 11 agosto 2022

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.

In attesa del perfezionamento del Si.Ge.Co del Programma GOL, sono state adottate per analogia le procedure previste dal Si.Ge.Co FSE 2014/2020.

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

La DG garantisce il rispetto dell'obbligo di richiesta del CUP, e in particolare specifica quanto segue:

Regione Lombardia, per progetti, anche personalizzati, destinati a persone fisiche, individua l'unità progettuale a livello di Avviso, pertanto, viene richiesto da parte della Funzione di Programmazione e selezione (definizione di bandi e avvisi) un unico CUP e comunicato ai sistemi informativi e ai soggetti esecutori.

Tutti i documenti relativi alle spese sostenute dai soggetti esecutori (titoli di spesa e di pagamento, contratti, lettere d'incarico e ordini accettati, altro) devono riportare il CUP.

I processi gestionali della misura e le modalità di controllo sulle attività sono disciplinati dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento e si basano sul principio di separazione delle funzioni di gestione e controllo.

La Funzione di controllo effettua le verifiche ed accerta:

- la sussistenza e la completezza della documentazione amministrativa richiesta;
- la correttezza formale della documentazione contabile;
- l'ammissibilità delle spese rispetto alla tipologia e al periodo

La Funzione di gestione, solo ad esito positivo dei controlli, genera l'atto di liquidazione nel quale è indicato il CUP

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

La DG verifica che nella fase di predisposizione e approvazione di un Avviso/Bando, negli atti e nei documenti della procedura, siano indicati gli elementi e le prescrizioni/obblighi per il soggetto realizzatore, gli eventuali ulteriori obblighi derivanti da quanto indicato negli Atti Programmatici della Misura in riferimento al CID (Council Implementing Decision) e all'OA (Operational Arrangements); verifica altresì che, 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.

In particolare, la DG specifica che i Soggetti esecutori nell'Atto di Adesione, da sottoscrivere per la partecipazione all'avviso, dichiarano che la realizzazione delle attività è coerente con i principi e gli obblighi del PNRR relativamente al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH).

Si **raccomanda** alla DG di attuare quanto previsto dalle linee-guida in merito alla verifica della corretta applicazione del principio del DNSH.

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 in tema di controllo del rispetto del Cronoprogramma di Misura, delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alla Misura (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

La DG verifica 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 gli indicatori comuni sono state previste modalità di conteggio.

La DG precisa che:

I Soggetti esecutori nell'Atto di Adesione da sottoscrivere per la partecipazione dichiarano che la realizzazione delle attività è coerente con i principi e gli obblighi specifici del PNRR relativamente al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH) e, ove applicabili, ai principi del Tagging clima e digitale, della parità di genere (Gender Equality), della protezione e valorizzazione dei giovani e del superamento dei divari territoriali

E' prevista anche una attività di monitoraggio giornaliera, periodicamente condivisa con i soggetti esecutori, dei dati di raggiungimento dei target al fine dell'alimentazione degli indicatori (indicatori di stock e flow) attraverso specifiche elaborazioni sulle diverse banche dati operata dalla Funzione di coordinamento e gestisce il processo di integrazione delle piattaforme Regionali con il Nodo di Coordinamento Nazionale - PO Sviluppo del sistema informativo direzionale integrato, raccordo con il sistema unico dei servizi per l'impiego, open data e agenda digitale.

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

La DG garantisce il rispetto dei principi trasversali (valorizzazione dei giovani, tutela dei diversamente abili, parità di genere e riduzione dei divari territoriali).

Inoltre, viene precisato che:

- i principi trasversali previsti dal PNRR, con particolare riguardo alla valorizzazione dei giovani, alla tutela dei diversamente abili, alla parità di genere e alla riduzione dei divari territoriali sono completamente rispettati; l'Avviso per l'attuazione del programma prevede il rispetto di tali principi e la partecipazione del target di riferimento.

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

La Funzione di Programmazione e selezione (definizione di bandi e avvisi) definisce nell'avviso i tempi per la realizzazione delle azioni in carico ai soggetti esecutori attraverso

procedure di verifica automatizzata gestita dal sistema informativo.

È stato inoltre predisposto un "Cruscotto direzionale di monitoraggio" per il controllo dello stato di avanzamento delle attività programmate nel PAR alimentato dai dati del sistema informativo. I dati di monitoraggio sono alimentati dal sistema informativo dedicato alla gestione del programma.

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

La Direzione in merito all'obbligo in oggetto risponde "N/A". Si desume che non sono applicate procedure di appalto.

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

La DG afferma che sono adottate check-list di controllo che attestano la verifica delle spese sostenute in conformità alle linee guida.

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

La DG comunica che sono stati indicati i referenti responsabili della corretta alimentazione del Sistema informativo ReGiS.

Occorre precisare che Regione Lombardia utilizza un sistema informativo dedicato alla gestione dei fondi strutturali in cui sono raccolte, registrate e archiviate tutte le operazioni. È in fase di sviluppo l'interoperatività dei due sistemi per l'alimentazione dei dati in modo automatizzato nella piattaforma unica per il monitoraggio e la rendicontazione del PNRR (ReGiS).

Si raccomanda l'interoperatività dei due sistemi in modo da poter garantire il monitoraggio e la rendicontazione sulla piattaforma ReGiS.

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

La DG risponde "N/A" al presente obbligo in quanto è specificato che è in fase di sviluppo l'interoperatività dei due sistemi per l'alimentazione dei dati in modo automatizzato nella piattaforma unica per il monitoraggio e la rendicontazione del PNRR (ReGiS).

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

La DG ha 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.

I processi che caratterizzano le fasi di gestione-controllo-liquidazione dell'intervento sono gestiti interamente nel sistema informativo dedicato.

Per i singoli processi sono previsti:

- nella fase di adesione e gestione controlli, l'evidenza dei controlli è supportata da check-list alimentate da verifiche effettuate dal sistema informativo anche attraverso altre banche dati
- nella fase di controllo della spesa, le verifiche sono supportate da check list alimentate manualmente dal referente dei controlli
- nella fase di liquidazione, i dati utilizzati per i pagamenti sono elaborati dal sistema informativo e trasmessi alla piattaforma dedicata alla gestione finanziaria (EDMA).

Pertanto, tutti i dati elaborati per il monitoraggio fisico, finanziario e procedurale sono stati verificati nelle diverse fasi come attestato dalle check-list.

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

Sono individuate le modalità di conservazione della documentazione progettuale in fascicoli informatici.

Tutta la documentazione relativa all'attuazione del programma è gestita e conservata nel sistema informativo dedicato ai fondi strutturali utilizzato per la gestione dell'avviso.

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

La DG Formazione e Lavoro verifica:

- 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-contabili, la DG prevede di avviare delle verifiche formali sulla documentazione amministrativa tecnica e contabile dell'avanzamento delle spese di target e milestone inserita nel sistema informatico e 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.

Il Si.Ge.Co del fondo sociale europeo, in attesa dell'approvazione del Si.Ge.Co del programma GOL, prevede procedure di controllo delle operazioni nelle fasi di controllo e liquidazione.

La Funzione di verifica documentale espleta sul 100% delle documentazioni le verifiche amministrative, funzionali al pagamento ai soggetti esecutori, direttamente sui documenti caricati in formato digitale sul Sistema Informativo.

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

La DG non prevede una procedura specifica per l'inoltro delle richieste di pagamento, ma precisa che le risorse per l'attuazione del programma sono state in parte già trasferite dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali. Si procederà al caricamento nel sistema informativo ReGIS dei dati di spesa corredati dalla documentazione. Le successive tranches di risorse saranno trasferite con l'avanzamento della spesa.

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

La tracciabilità è garantita dalla gestione di tutte le operazioni nel sistema informativo dedicato alle fasi di gestione procedurale e al sistema dedicato alla gestione finanziaria (EDMA) dove sono conservati tutti i documenti relativi spesa.

Per quanto attiene la codifica contabile, e in attuazione della normativa nazionale di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci di regioni ed enti locali, nel bilancio regionale sono istituiti capitoli di spesa, con vincolo di destinazione, codificati in base alla natura giuridica del beneficiario.

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 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

Nell'ambito della Funzione di raccordo con i servizi delegati alle Province e CMM, è prevista l'attività di comunicazione e pubblicazione gestita dalla PO Comunicazione per l'FSE, la formazione e il lavoro. Si è provveduto alla pubblicazione in una sezione dedicata al Programma GOL, a partire dal PAR, tutti gli atti relativi alla misura.

Come previsto a seguito dell'approvazione del Piano regionale lo stesso è stato pubblicato sul sito di "ItaliaDomani", sito dedicato al PNRR.

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

Come previsto dall'Accordo, è stato trasmesso dal Responsabile attuatore del programma l'Organigramma delle funzioni interessate all'attuazione del programma GOL.

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

L'accesso al sistema informativo è garantito da accessi dedicati a seguito di richiesta.

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

A seguito di assegnazione delle risorse con Decreto Ministeriale si invia all'Unità di Missione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali la richiesta di trasferimento tramite comunicazione elettronica a firma del Soggetto Attuatore Programma GOL (Direttore Generale).

È stata inviata la richiesta di trasferimento delle risorse assegnate per la realizzazione del programma GOL (pari al 75% delle risorse totali assegnate per la prima fase di attuazione).

Obbligo 23 – 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

Sono stati predisposti i pagamenti nei confronti dei soggetti esecutori, ed effettuate le verifiche nell'ambito della gestione dei programmi dei fondi strutturali inserendo la relativa documentazione nel sistema informatico.

Le misure poste in essere sono quelle previste per l'obbligo n. 16.

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

Attraverso i dati di monitoraggio si procede alla verifica dello stato di avanzamento finanziario al fine di comunicare le previsioni di spesa da trasmettere a cura del Responsabile attuatore del programma a mezzo Pec all'Unità di Missione PNRR del Ministero.

In questa prima fase, è stato predisposto dall'Unità di Missione del PNRR uno Schema di Previsione di Spesa da utilizzare per la trasmissione dei dati

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

Il sistema SIU è alimentato come previsto nell'accordo sottoscritto con il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

I dati riversati nel sistema SIU sono soggetti a controlli in origine, attraverso verifiche incrociate sui diversi sistemi informativi regionali (SIU, SIUF, BOL, SIUO).

Inoltre, i sistemi di business intelligence monitorano la correttezza del dato prima della trasmissione in cooperazione.

Oltre ai controlli automatici che avvengono in cooperazione fra sistemi informativi (locale e nazionale), i Centri per l'Impiego effettuano ulteriori controlli relativamente alle condizioni dei Beneficiari di sostegni al Reddito tramite accesso diretto alla Banca dati percettori.

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

È previsto un sistema di monitoraggio per l'avanzamento del programma che verifica eventuali ritardi derivanti dall'attuazione dell'intervento.

Qualsiasi variazione rispetto a quanto programmato verrà comunicata all'Unità di Missione PNRR.

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

La DG riferisce che tale obbligo non è attinente in quanto non ci sono attività delegate

CONCLUSIONI

Dalle risposte al questionario si trae l'impressione di una situazione ben presidiata dalla Direzione Generale.

Si rileva che attualmente la Direzione Generale Formazione e Lavoro utilizza Il Si.Ge.Co del fondo sociale europeo, in attesa dell'approvazione del Si.Ge.Co del programma GOL.

Si delineano comunque alcune raccomandazioni:

- **Si raccomanda** di predisporre idonea documentazione probatoria del controllo effettuato sul titolare effettivo e sulle dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse in conformità con quanto previsto dalle linee guida ministeriali.
- **Si raccomanda** alla DG di attuare quanto previsto dalle linee-guida in merito alla verifica della corretta applicazione del principio del DNSH.
- **Si raccomanda** l'interoperatività dei due sistemi in modo da poter garantire il monitoraggio e la rendicontazione sulla piattaforma ReGiS.



Regione Lombardia

Organismo Regionale per le Attività di Controllo

Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. “Programma innovativo della qualità dell’abitare (PinQua)”

PREMESSA

L'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), grazie alle funzioni attribuitegli con la legge regionale 28/09/2018, n. 13 (*Istituzione dell'Organismo regionale per le Attività di Controllo*), secondo il modulo d'intervento definito di “vigilanza collaborativa”, ha destinato una propria attività di presidio all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Quest'ultimo, difatti, vista la portata dei finanziamenti che verranno investiti per opere progettuali sul territorio, rappresenta una sfida per l'amministrazione regionale, anche in vista della prevenzione di potenziali casi di irregolarità e/o abusi.

Per tale motivo ORAC ha avviato un'attività relativa al PNRR volta a mantenere da un lato la logica del risultato, essenziale al corretto utilizzo dei fondi europei, e contemporaneamente il rispetto di legalità e trasparenza.

A tal fine, ORAC ha elaborato il “*Questionario di Autodiagnosi del funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure del P.N.R.R. Missione 5 Componente 2 – investimento 2.3. “Programma innovativo della qualità dell’abitare (PinQua)”*”.

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

Regione Lombardia ha indicato nelle Convenzioni sottoscritte con il Ministero che per l'attuazione delle proposte si sarebbe avvalsa delle Aziende lombarde per l'edilizia residenziale pubblica (ALER) che sono state coinvolte in qualità di soggetti attuatori di II livello sottoscrivendo i relativi atti d'obbligo.

Il questionario – suddiviso in 21 obblighi, ripresi dalla Deliberazione n. XI/6064 del 7 marzo 2022 e dal Decreto n. 10667 del 13 luglio 2023 – è stato inviato alla ALER di VARESE, Como, Monza e Brianza, Busto Arsizio, alla ALER di Pavia e Lodi e alla ALER di Milano, individuati come soggetti attuatori esterni (attuatori di II livello).

Analogo questionario è stato inviato alla DG Casa e Housing sociale, soggetto beneficiario attuatore di primo livello.

Di seguito sono rappresentate le risposte fornite dalle ALER e dalla DG Casa e Housing sociale. Si precisa che una risposta negativa non rappresenta necessariamente un mancato adempimento poiché occorre contestualizzare l'attività svolta rispetto al progetto di investimento; tale precisazione vale altresì per la risposta “non attinente”. Inoltre, sebbene la maggior parte degli obblighi sia comune per le ALER e per la DG Casa e housing sociale, ve ne sono alcuni propri della DG in veste di soggetto beneficiario, e altri specifici delle ALER quale soggetto attuatore.

Occorre considerare che, anche grazie all'impulso dato da ORAC con la

somministrazione del questionario, la Direzione Generale Casa e Housing Sociale ha adottato un primo decreto - avente ad oggetto: *“Approvazione delle linee guida per l'attuazione degli interventi finanziati a regione Lombardia”*, in data 13 luglio. Le linee guida nascono con lo scopo di:

- illustrare i principali flussi procedurali inerenti alle fasi di attuazione del Programma e richiamare l'attenzione su elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità;
- individuare i diversi livelli di competenza fra le Strutture coinvolte in conformità con quanto previsto dalla normativa comunitaria e nazionale.

Obbligo 1 – Il Soggetto beneficiario/soggetto attuatore assicura il rispetto di tutte le **disposizioni previste dalla normativa comunitaria e nazionale**, con particolare riferimento a quanto previsto dal Reg. (UE) 2021/241 e dal decreto-legge n. 77 del 31.05.2021, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.

Con D.D.U.O. la Direzione Casa e housing sociale il 13 luglio 2023, n. 10667 ha approvato le **"Linee guida per l'attuazione degli interventi PINQuA finanziati a Regione Lombardia"** ("Linee guida PINQuA" nel seguito) al fine di (i) recepire ed illustrare i principali flussi procedurali per la fase di attuazione del Programma e (ii) individuare i diversi livelli di competenza di Regione Lombardia in veste di soggetto beneficiario (o attuatore di Primo Livello) e delle ALER coinvolte, individuate quali soggetti attuatori di Secondo Livello in conformità con i regolamenti UE, le indicazioni fornite dal Servizio Centrale per il PNRR del MEF e dal MIT.

Per ogni fase di attuazione del Programma, le "Linee guida PINQuA" contengono i riferimenti al Si.Ge.Co. MIT ed ai relativi allegati

Le ALER con propri provvedimenti interni hanno recepito le "Linee guida per l'attuazione degli interventi PINQuA", gli uffici hanno adeguato e integrato le procedure interne con le check list e la modulistica richiesta dalle linee guida.

Obbligo 2 – Il soggetto beneficiario/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, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati.**

Per quanto concerne la DG Casa e Housing sociale gli uffici sono strutturati secondo i modelli organizzativi propri della Giunta Regionale. La funzione di controllo di secondo livello è separata dalla funzione di gestione del "PINQuA" che a sua volta è costituita da un responsabile del procedimento e da una specifica struttura per l'attuazione e il monitoraggio.

In merito a specifiche misure di prevenzione volte a prevenire, individuare o evitare conflitti di interesse, doppio finanziamento e frode su progetti PNRR la DG Casa e Housing sociale ha aggiornato la sezione rischi corruttivi del PIAO 2024-2026.

La DG Casa e Housing sociale precisa che sono state attuate le misure di prevenzione dalle stazioni appaltante dell'ALER coinvolte, soggetti attuatori di secondo livello. Il RUP e l'ufficio competente ai controlli utilizzano le dichiarazioni e le check-list predisposte dal MIT in Si.Ge.Co. e richiamate nelle "Linee guida PINQuA".

La DG Casa e Housing sociale, soggetto beneficiario e attuatore di primo livello, ha previsto tutte le misure e attività per verificare:

- la completezza della documentazione, delle dichiarazioni e delle checklist previste per la rendicontazione delle diverse fasi attuative dei Programmi. In particolare, è prevista una fase istruttoria e un decreto che approva la trasmissibilità della documentazione ricevuta, tramite caricamento in ReGiS;
- la responsabilità dei controlli di secondo livello

Le procedure per consentire di agevolare il controllo del DSAN e del titolare effettivo sia nella fase di predisposizione dei bandi di gare che nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto di appalto sono svolte dalle ALER che conservano idonea documentazione probatoria dei controlli svolti.

Obbligo 3 – Il soggetto beneficiario/soggetto attuatore assicura di rispettare, a pena di sospensione o revoca del finanziamento in caso di accertata violazione, le indicazioni in relazione ai principi orizzontali di cui all'art. 5 del Reg. (UE) 2021/241 ossia il **principio di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, ai sensi dell'articolo 17 del Reg. (UE) 2020/852, il tagging climatico e ambientale, la parità di genere, la valorizzazione dei giovani ed eventuali ulteriori condizionalità** specifiche dell'investimento.

Le verifiche verranno effettuate dalla stazione appaltante dell'ALER coinvolta, soggetto attuatore di II livello. Il controllo è svolto in prima battuta dal RUP e successivamente dall'ufficio competente ai controlli, con l'utilizzo delle dichiarazioni e check-list predisposte dal MIT in Si.Ge.Co. e richiamate nelle "Linee guida PINQuA"

In capo a Regione Lombardia permane:

- la verifica che la documentazione, le dichiarazioni e le checklist previste per le diverse fasi attuative dei Programmi siano allegare alle rendicontazioni e, a conclusione dell'istruttoria il dirigente competente dispone con decreto il caricamento in ReGiS;
- la responsabilità dei controlli di secondo livello.

Per quanto concerne il DNSH le ALER precisano che nei casi in cui nell'avviso/Bando non sia stata espressamente inserita l'indicazione degli elementi e prescrizioni per il soggetto attuatore, sono stati previsti i CAM nei documenti tecnici di gara. Tali documenti verranno, se necessario, integrati da apposita modulistica.

A tal proposito si **raccomanda** alle ALER di verificare che i CAM richiamati nei documenti di gara siano conformi all'aggiornamento dei criteri ambientali minimi e ai criteri di vaglio tecnico da rispettare secondo il Regolamento della Tassonomia. Gli atti del Green Public Procurement dell'UE contengono dei criteri più recenti rispetto ai CAM nazionali, poiché i GPP sono sottoposti, a livello europeo, ad aggiornamenti regolari, in linea con l'evoluzione delle migliori pratiche del settore. Inoltre, il Regolamento della Tassonomia e i relativi criteri di vaglio tecnico sul principio DNSH hanno introdotto dei nuovi elementi (es. analisi rischio climatico), che finora non erano stati presi in considerazione né dai criteri ambientali minimi né tantomeno da altre normative nazionali/comunitarie disponibili. Pertanto, la conformità ai criteri ambientali minimi potrebbe non essere condizione sufficiente ad esaurire la piena conformità al principio DNSH.

Obbligo 4 – Il Soggetto beneficiario/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** e dei milestone e target associati all'intervento PNRR di riferimento.

La DG Casa e Housing sociale, in qualità di Soggetto beneficiario, è responsabile dell'avvio, dell'attuazione e della funzionalità degli interventi finanziati, cui compete, insieme alle ALER coinvolte, il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività e di rispetto delle tempistiche.

Presso le ALER gli uffici responsabili della funzione gestione monitorano costantemente il cronoprogramma previsto per l'attuazione delle opere anche al fine di facilitare eventuali azioni correttive da porre in essere da parte del soggetto attuatore di secondo livello. Inoltre, Regione Lombardia nella sua pianta organica ha previsto un ufficio di coordinamento centrale di tutti i programmi a valere sul PNRR e PNC.

Non essendo state dettagliate le modalità di inserimento documenti contrattuali 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 si

raccomanda l'importanza di assicurare da parte del soggetto realizzatore un flusso continuo di informazioni e monitoraggio dell'attuazione delle attività per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive.

Obbligo 5 – Il Soggetto beneficiario/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.**

Le ALER hanno adottato check-list di autocontrollo in merito al rispetto delle procedure dal D.lgs. 50/2016 ed è prevista un'apposita attestazione che certifichi lo svolgimento e l'esito regolare dell'attività di verifica svolta.

Si raccomanda alle ALER una puntuale applicazione delle Linee Guida T&T di cui alla D.G.R. XI/6605 del 30.06.2022

La DG Casa precisa che si procederà alla verifica della documentazione che attesta lo svolgimento e l'esito regolare delle attività di verifica svolte con apposite checklist di controllo che saranno predisposte:

- dall'ufficio regionale che si occupa della gestione del Programma, a supporto dell'istruttoria e del relativo provvedimento di approvazione della trasmissibilità della documentazione
- dall'ufficio regionale che si occupa dei controlli di secondo livello

Obbligo 6 – Il Soggetto beneficiario/soggetto attuatore individua eventuali fattori che possano determinare **ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa**, definita nel cronoprogramma relazionando all'Amministrazione responsabile dell'intervento

La DG Casa e Housing sociale, attraverso i propri uffici incaricati della gestione, verifica puntualmente l'attuazione del programma con incontri con il soggetto attuatore con l'obiettivo di prevenire e quando necessario introdurre eventuali correttivi.

La piattaforma ReGis viene alimentata con i dati comunicati dai RUP delle ALER coinvolte, sia per la parte anagrafica che per gli aggiornamenti inerenti alle procedure di affidamento di lavori, realizzazione opere e relativi avanzamenti, anche in ordine agli indicatori comuni. L'aggiornamento è a cura degli uffici competenti della gestione della DG Casa e Housing sociale.

Obbligo 7 – Il Soggetto beneficiario adotta il **sistema informatico utilizzato dall'amministrazione responsabile**, 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 fornite dall'Amministrazione responsabile

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 la piattaforma ReGis.

Obbligo 8 – Il Soggetto beneficiario **carica sul sistema informatico** adottato dall'Amministrazione responsabile 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 dell'amministrazione responsabile, sulla base delle istruzioni contenute nella connessa manualistica predisposta da quest'ultima

Nella gestione di tutte le fasi del Programma la Struttura "Attuazione misure di housing sociale e cura del patrimonio abitativo pubblico" supporta la UO "Programmi per l'offerta abitativa".

Ultimata la fase di implementazione dell'anagrafica di progetto, e a seguito della trasmissione della documentazione progettuale richiesta all'art. 5 dello schema di convenzione RL-MIMS, la struttura responsabile provvederà al caricamento in ReGis dei dati relativi all'avanzamento dei progetti, forniti dall'ALER coinvolta.

Obbligo 9 – Il soggetto beneficiario/soggetto attuatore garantisce il rispetto dell'obbligo di richiesta **CUP dei progetti di competenza e provvede alla conseguente indicazione dello stesso su tutti gli atti amministrativo/ contabili**

La DG Casa e Housing sociale svolge le verifiche necessari per garantire che su tutti gli atti amministrativi/contabili sia riportata l'indicazione del CUP del progetto; i controlli sono tracciate attraverso attestazioni e checklist allegate al Si.Ge.Co. MIT, e nello specifico All. 9i – e All.8: Checklist di autocontrollo sulle spese sostenute.

I RUP delle ALER verificano per tutti i contratti l'ammissibilità della spesa e vistano i documenti fiscali emessi dall'aggiudicatario, liquida i SAL e i certificati di pagamento. Prima dell'esecuzione di tutti i pagamenti, l'Ufficio ragioneria verifica la regolarità contributiva (Durc) ed effettua la richiesta all'Agenzia Entrate e della riscossione effettuata ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/73. Negli ordinativi di pagamento è previsto il richiamo del documento fiscale fattura elettronica con la compilazione del campo previsto per il codice CUP e CIG.

Si **raccomanda** alle ALER di rendere riscontrabile le verifiche svolte mediante le apposite check – list di autocontrollo come previsto dalle "Linee guida PINQuA".

Obbligo 10 – Il Soggetto beneficiario/soggetto attuatore **garantisce la correttezza, l'affidabilità e la congruenza con il tracciato informativo previsto per l'alimentazione del sistema informativo PNRR (ReGiS) 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 dall'Amministrazione responsabile nel rispetto delle indicazioni che saranno da essa fornite

L'inserimento dei dati in ReGiS è a cura della Struttura della Struttura "Attuazione misure di housing sociale e cura del patrimonio abitativo pubblico", che supporta la UO "Programmi per l'offerta abitativa". La struttura dopo aver controllato la documentazione inviata dalle ALER (soggetto attuatore di secondo livello) con decreto dirigenziale da atto degli esiti dei controlli e procede al caricamento dei dati in ReGiS.

Presso le ALER il RUP presidia la correttezza, affidabilità e congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell'intervento.

Obbligo 11 – Il soggetto beneficiario/soggetto attuatore svolge i controlli di gestione, i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale

La DG Casa e housing sociale con le "Linee guida PINQuA" ha definito le modalità con cui effettuare i controlli di secondo livello regionali ed il campionamento degli atti da controllare.

Coerentemente con quanto disposto dalle linee guida viene garantito che:

- su tutti gli atti, i contratti e i provvedimenti di spesa adottati per l'attuazione degli interventi del PNRR siano 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 mediante verifiche condotte attraverso attestazioni e checklist allegate al Si.Ge.Co. MIT, e nello specifico: All. 9i - All.8 Checklist di autocontrollo sulle spese;
- siano avviate verifiche formali - e in quale percentuale - sulla documentazione amministrativa tecnica e contabile dell'avanzamento delle spese di target e milestone inserita nel sistema informatico. Tutta la documentazione sarà verificata per quanto riguarda la completezza e presenza degli elementi fondamentali (es: CUP e CIG sulle fatture, indicazione fonte di finanziamento PNRR, ecc.). In occasione di ogni rendicontazione di spesa in piattaforma ReGiS, prima del caricamento, sarà individuato un campione non inferiore al 20% del numero di operazioni sui quali si procederà ad effettuare verifiche e controlli specifici (controlli di secondo livello);
- si preveda 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. Sono previste da parte degli uffici regionali preposti al controllo visite di controllo sia presso gli uffici del Soggetto attuatore di II livello che direttamente presso i cantieri;
- si preveda di predisporre una apposita check list che possa costituire un utile documento comprovante il controllo;
- si preveda una verifica prima della rendicontazione in ReGiS/all'Amministrazione responsabile.

In merito ai presidi sopra esposti le ALER rispondono precisando che il RUP e le Strutture quali ad esempio l'ufficio Contratti Appalti sono responsabili dei controlli ordinari e controlli amministrativo-contabili. Le verifiche formali sulla documentazione, le verifiche amministrative on desk e in loco vengono effettuate prima del caricamento su ReGiS e sono tracciate con utilizzando di apposite check-list.

Obbligo 12 – Il Soggetto beneficiario 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 dall'amministrazione responsabile

La DG ha fornito con le "Linee guida PINQuA" i dettagli delle procedure e degli strumenti da utilizzare per la corretta gestione del processo di rendicontazione. Esse contengono i necessari riferimenti al Si.Ge.Co. MIT ed ai relativi allegati.

Obbligo 13 – Il Soggetto beneficiario/soggetto attuatore **garantisce la conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei o 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 21, convertito con legge n. 108/2021.

Obbligo 14 – Il soggetto beneficiario mette a disposizione, **nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, la completa documentazione progettuale** su richiesta dell'Amministrazione centrale responsabile di intervento, 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.

La DG Casa e Housing sociale precisa che Regione Lombardia dispone della Piattaforma Documentale EDMA che permette una gestione integrata della documentazione digitale. È un sistema informativo integrato che consente di creare, fascicolare e protocollare sia comunicazioni elettroniche PEC in uscita che atti amministrativi. Permette inoltre all'Ente la ricezione in ingresso di comunicazioni elettroniche con i suoi allegati e il tracciamento degli stessi. Sono stati quindi creati appositi fascicoli e sotto fascicoli dedicati al Programma PINQuA. Ulteriore sistema di gestione documentale è stato individuato in ReGiS, piattaforma su cui dovrà essere caricata tutta la documentazione attinente agli interventi finanziati.

Le ALER riferiscono che il RUP conserva i documenti tecnici e tutti i documenti relativi all'attuazione e avanzamento dell'intervento. I fascicoli riferiti ai documenti di gara sono conservati presso l'ufficio appalti e contratti/Coordinamento Approvvigionamenti. Altri uffici coinvolti nella conservazione sono l'Area Tecnica e Gestione Pratiche Interventi Efficientamento Energetico.

Si raccomanda l'adozione di un sistema di gestione documentale che faciliti la messa a disposizione della documentazione progettuale e attuativa PNRR per le attività di controllo e di audit che potranno essere svolte dalle autorità competenti.

Obbligo 14 – Il Soggetto attuatore comprova il **conseguimento dei target e dei milestone** associati al progetto, agevolando le attività di imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente.

Le ALER riferiscono che il RUP è preposto 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 alla 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.

Si osserva che l'eventuale coinvolgimento dell'Audit Interno nell'effettuazione dei controlli sulle attività in oggetto dovrebbe essere debitamente motivata dalla mancanza di alternative e accompagnata dalla garanzia che la struttura organizzativa dell'Audit Interno sia configurata in maniera tale da scongiurare il rischio del verificarsi di incompatibilità nel caso in cui fosse chiamata in futuro a svolgere attività di audit sui processi collegati al P.N.R.R.

Obbligo 15 – Il Soggetto beneficiario **predispone i pagamenti secondo le procedure stabilite dall'amministrazione responsabile**, nel rispetto del piano finanziario e cronoprogramma 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

La DG Casa e Housing Sociale ha emanate le "Linee guida PINQuA", per le diverse fasi di attuazione del Programma, che contengono i necessari riferimenti al Si.Ge.Co. MIT ed ai relativi allegati.

Obbligo 16 – Il Soggetto beneficiario **inoltra le richieste di pagamento alla amministrazione responsabile con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute** e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento (confronta art. 7 della Convenzione), e i documenti giustificativi appropriati secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi.

La procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento è conforme alle indicazioni ministeriali e all'art. 10 della convenzione. Nello specifico, le "Linee guida PINQuA", per le diverse fasi di attuazione del Programma, contengono i necessari riferimenti al Si.Ge.Co. MIT ed ai relativi allegati.

Obbligo 17 – Il Soggetto beneficiario/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

Le procedure adottate dalla DG Casa e Housing sociale garantiscono l'adozione di una codificazione contabile adeguata ai fini dell'ammissibilità delle spese. Le operazioni contabili sono tracciate attraverso una specifica codifica dei capitoli di spesa i cui stanziamenti sono indicati in bilancio sulla base dell'andamento della spesa dei programmi. Inoltre, tutta la documentazione dovrà riportare i relativi CUP e CIG.

Verrà effettuata una verifica prima della rendicontazione in ReGiS all'Amministrazione centrale. La verifica è prevista in fase di istruttoria dal competente ufficio regionale, anche sulla scorta delle dichiarazioni e check list prodotte dal Soggetto attuatore di secondo livello, e specificatamente con "All. 9i - All.8 Checklist di autocontrollo sulle spese sostenute". Le ALER individuano il RUP come soggetto che verifica l'ammissibilità della spesa e vista i documenti fiscali emessi dall'aggiudicatario, indicano che sono stati previsti conti correnti dedicati all'erogazione dei contributi e precisano che le verifiche sono effettuate e rendicontate con la modulistica e le Check list di autocontrollo previste dalle linee guida PNRR/PINQuA.

Obbligo 18 – Il Soggetto beneficiario/obbligo11 - 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 (ad es. 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 dall'amministrazione responsabile per tutta la durata del progetto.

Le procedure garantiscono il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241. Il paragrafo 12 *Informazione, comunicazione e pubblicità* delle "Linee guida PINQuA" riporta i riferimenti in materia, ripresi dal Si.Ge.Co. MIT, con specifico riferimento all'allegato 10 "Linee guida comunicazione PNRR".

Le ALER precisano che gli obblighi sono stati rispettati e si è provveduto a dare adeguata pubblicità alle iniziative pubblicando sul sito aziendale una pagina dedicata alle attività in corso relative al PNRR "PINQuA".

Obbligo 18 – Il Soggetto attuatore presenta, **le richieste di pagamento al soggetto beneficiario PINQuA** con i seguenti allegati:

- la documentazione afferente alle procedure di gara per l'eventuale individuazione di esecutori/fornitori esterni;
- la rendicontazione/domanda di rimborso dettagliata con l'elenco delle spese effettivamente sostenute - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi, nei tempi e nei modi previsti dal cronogramma di progetto;
- solo per la richiesta di pagamento finale, la comunicazione dei valori realizzati in riferimento agli indicatori di progetto nel periodo di riferimento in particolare per il contributo al perseguimento dei target associati alla misura PNRR di riferimento e i documenti giustificativi relativi ai target realizzati, così come previsto ai sensi dell'articolo 9 punto 4 del decreto-legge n. 77 del 31/05/2021, ivi inclusi quelli a comprova dell'assolvimento del DNSH e, ove pertinente in base all'Investimento, del rispetto del contributo all'obiettivo sulla mitigazione del cambiamento climatico e all'obiettivo digitale (tagging climate e digital);
- la documentazione giustificativa di spesa afferente alle spese sostenute e quella relativa agli esecutori/fornitori esterni.

Le ALER attestano la verifica delle spese sostenute adottano le check list previste dalle linee guida PINQuA. Il RUP verifica l'ammissibilità e i documenti fiscali.

Si raccomanda a tutte le ALER di applicare la procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento in modo conforme alle indicazioni ministeriali.

Obbligo 19 – Il soggetto beneficiario/soggetto attuatore **garantisce la comunicazione in relazione ad eventuali procedimenti di carattere giudiziario, civile, penale o amministrativo** che dovessero interessare le operazioni oggetto del progetto e comunica le irregolarità o le frodi riscontrate a seguito delle verifiche di competenza e adotta le misure necessarie, nel rispetto delle procedure adottate dalla stessa Amministrazione responsabile in linea con quanto indicato dall'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/2041.

La DG Casa e Housing sociale e le ALER riferiscono che sono state adottate delle procedure interne volte ad assicurare la comunicazione delle informazioni richieste.

In particolare, la DG Casa e housing sociale specifica che Regione Lombardia, sia a livello centrale (con l'ufficio di coordinamento) che con gli uffici responsabili dell'attuazione dei programmi, verifica costantemente il rispetto del cronoprogramma delle azioni, finalizzato principalmente al rispetto delle scadenze concordate a livello europeo e per svolgere quindi il monitoraggio di eventuali scostamenti rispetto alla programmazione stabilita, che il Soggetto attuatore di secondo livello dovrà motivare, definendo le eventuali azioni correttive.

Obbligo da Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Il soggetto attuatore garantisce l'assenza del **c.d. doppio finanziamento** ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241.

La DG Casa e Housing sociale chiarisce che gli edifici oggetto di intervento erano stati precedentemente individuati nell'ambito del bando Delibera CIPE 127/2017 (D.G.R. del 2/08/2021, n. 5126) e valutati come ammissibili dal nucleo di valutazione appositamente costituito, ma non finanziati per esaurimento delle risorse disponibili. Nell'ambito della valutazione è già stato verificato che gli edifici non abbiano beneficiato di precedenti finanziamenti regionali o ministeriali transitati da Regione.

Le ALER, in qualità di stazioni appaltanti, riferiscono di porre in essere procedure per rispettare il divieto del doppio finanziamento pubblico. Negli atti di rendicontazione del progetto la dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese (vengono prodotte attestazioni e modulistica). Viene verificato che all'interno dei documenti giustificativi di spesa emessi dai fornitori vi siano gli elementi necessari volti a garantire l'esatta riconducibilità delle spese del progetto finanziato. In particolare, il RUP effettua verifiche rispetto ai dati forniti dagli operatori e il settore contabilità effettua a sua volta le opportune verifiche di competenza. Con riferimento alle spese del personale, sono previste le attestazioni e la modulistica prevista dalle linee guida.

CONCLUSIONI

Dalle risposte al questionario si trae l'impressione di una situazione ben presidiata dalla Direzione Generale, anche grazie all'adozione di linee guida complete, chiare e ben articolate che sono state recepite dalle ALER mediante l'adeguamento delle procedure interne con le check list e la modulistica prevista.

Nell'organizzazione si rileva anche il ruolo preminente del RUP, quale soggetto incaricato del presidio di praticamente tutte le fasi che riguardano l'attuazione del PNRR.

Si delineano comunque alcune raccomandazioni per le ALER:

- 1) verificare che i CAM richiamati nei documenti di gara siano conformi all'aggiornamento dei criteri ambientali minimi e ai criteri di vaglio tecnico da rispettare secondo il Regolamento della Tassonomia, dato che la conformità ai criteri ambientali minimi potrebbe non essere condizione sufficiente ad esaurire la piena conformità al principio DNSH;

- 2) prevedere dei meccanismi per assicurare da parte del soggetto realizzatore dell'intervento un flusso continuo di informazioni e monitoraggio dell'attuazione delle attività per la precoce individuazione di scostamenti e la messa in campo di azioni correttive;
- 3) garantire una puntuale applicazione delle Linee Guida T&T di cui alla D.G.R. XI/6605 del 30.06.2022;
- 4) tracciare le verifiche svolte nell'ambito dei propri controlli mediante le apposite check – list di autocontrollo come previsto dalle “Linee guida PINQuA”;
- 5) adottare un sistema di gestione documentale che faciliti la messa a disposizione della documentazione progettuale e attuativa PNRR per le attività di controllo e di audit che potranno essere svolte dalle autorità competenti;
- 6) applicare la procedura per l'inoltro delle richieste di pagamento in modo conforme alle indicazioni ministeriali;
- 7) attuare l'indicazione delle linee guida circa l'individuazione di figure diverse dai responsabili dei procedimenti, quali soggetti competenti allo svolgimento dei controlli attestati con le check list di autocontrollo.

Per quanto riguarda la Direzione Generale, si invita a sviluppare ulteriormente l'azione di supporto, indirizzo e coordinamento costante rivolta alle ALER, nonché a monitorare il funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso, apportando i dovuti aggiustamenti se necessario e informando ORAC rispetto ad eventuali problemi applicativi o criticità.

DELIBERAZIONE N. 9 seduta del 18 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Arturo Soprano, Emanuele Prospero

OGGETTO: Approvazione del documento "Relazione relativa agli esiti dei questionari di autodiagnosi, per la valutazione dei sistemi di controllo interno secondo "L'INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT", negli enti SiREG relativo all'Obiettivo 3 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, ha presentato il documento “Relazione relativa agli esiti dei questionari di autodiagnosi, per la valutazione dei sistemi di controllo interno secondo “L’INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT”, negli enti SiREG relativo all’Obiettivo 3 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

CONSIDERATI gli esiti dell’attività istruttoria condotta dal gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo dell’obiettivo 3 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo compendiate nel documento recante “Relazione relativa agli esiti dei questionari di autodiagnosi, per la valutazione dei sistemi di controllo interno secondo “L’INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT”, negli enti SiREG;

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 “Relazione relativa agli esiti dei questionari di autodiagnosi, per la valutazione dei sistemi di controllo interno secondo “L’INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT”, negli enti SiREG relativo allo sviluppo dell’Obiettivo 3 del Piano delle Attività 2023, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, al Segretario Generale, ai Direttori Generali degli Enti Sireg, alla Direzione Generale Welfare, alla Direzione Generale Casa e Housing Sociale e ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio

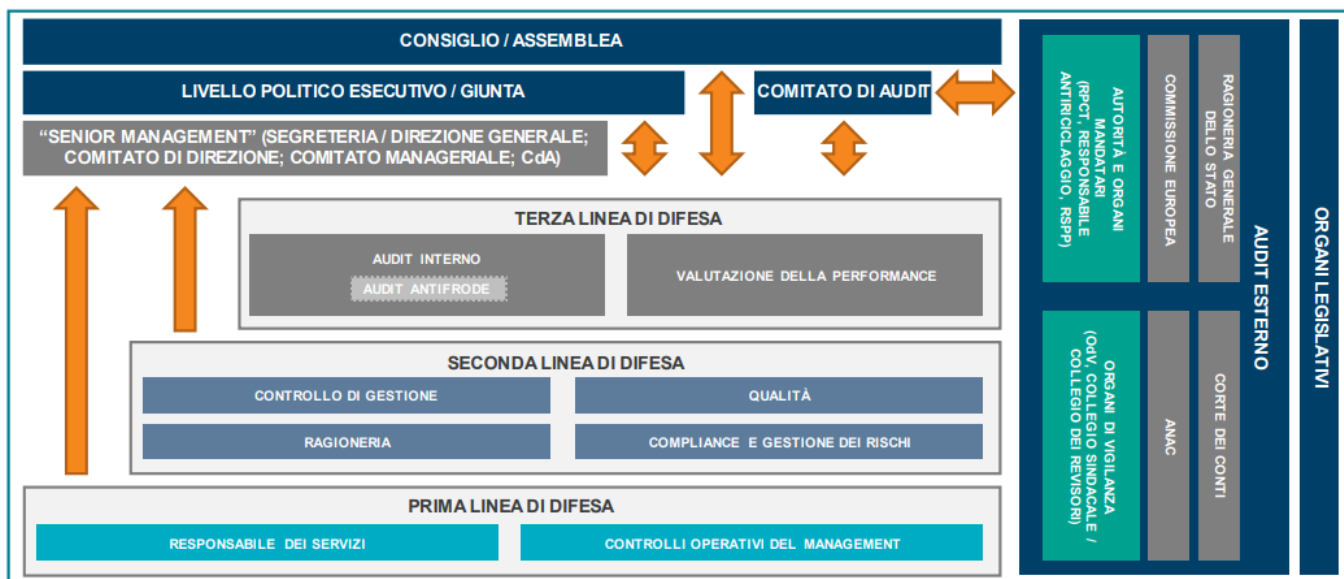
RELAZIONE RELATIVA AGLI ESITI DEI QUESTIONARI DI AUTODIAGNOSI, PER LA VALUTAZIONE DEI SISTEMI DI CONTROLLO INTERNO SECONDO “L’INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT”, NEGLI ENTI SIREG

1. Premessa

Regione Lombardia e ORAC hanno sottoscritto una Convenzione di collaborazione scientifica con l’Università Bicocca e Protiviti 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, approcci, strumenti utilizzabili dalla funzione Internal Audit per l’analisi e il miglioramento del sistema di controllo interno regionale sia riguardo a modelli per la sua gestione, che per l’analisi e gestione del rischio.

In tali ambiti si è mosso il lavoro del Tavolo permanente sul Sistema di Controllo Interno nella Pubblica Amministrazione, avviato nel 2019 al quale partecipano Funzione Audit di Regione Lombardia, ORAC, l’Università Milano Bicocca e Protiviti Global Business Consulting.

La prima edizione del Tavolo (anno 2019/2020) ha concentrato il proprio lavoro sullo sviluppo di un modello unitario di rappresentazione/ricognizione del Sistema di Controllo Interno, nonché sull’applicazione delle tecniche di valutazione del rischio nelle Pubbliche Amministrazioni. E’ stato elaborato, inoltre, un Modello di Control Governance che, basandosi sul modello proposto dal Network PIC, sviluppa il sistema dei controlli sulle tre linee di difesa e riporta le peculiarità tipiche delle Pubbliche Amministrazioni italiane, sia in termini di soggetti deputati al controllo, sia di attività di controllo. Tale modello, risulta così rappresentabile:



L’attività del Tavolo permanente sul SCI è poi proseguita nel corso del 2020 definendo un possibile strumento di diagnosi, ispirato agli standard riconosciuti a livello internazionale, per analizzare e valutare il livello di maturità del sistema di controllo interno delle organizzazioni

pubbliche. Esso è stato sviluppato sulla base del **COSO Internal Control Integrated Framework**, declinato nei 17 principi, ed è stato elaborato un questionario di 50 domande, predisposto con l'obiettivo di rilevare la situazione generale del SCI dell'Ente, l'esistenza dei presidi di controllo sulle tre linee di difesa e l'individuazione di gap/punti di miglioramento.

Tale strumento è stato applicato nel 2021, in via sperimentale, al sistema di controllo interno di Regione Lombardia, per rilevarne le peculiarità. La sua elaborazione/attuazione ha visto la collaborazione delle unità interne di Regione Lombardia, quali la Funzione Audit, l'Unità Organizzativa Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy di Regione Lombardia e ORAC. Vi è stato, altresì, il coinvolgimento di diverse Direzioni regionali (UO Organizzazione e Personale Giunta, UO Semplificazione, Trasformazione Digitale e Sistemi Informativi, Struttura Audit Fondi UE e Resp. Protezione Dati, Coordinamento SIREG), per un confronto sull'analisi dei rischi e la rilevazione dei controlli di Regione.

L'applicazione del modello, oltre a rilevare l'esistenza di presidi specifici di controllo sulle tre linee di difesa, ha consentito di effettuare una valutazione di tipo qualitativo (scala da 1 a 5) indicativa del livello percepito di adeguatezza dei presidi di controllo. All'esito della sperimentazione la combinazione delle valutazioni ottenute, insieme agli elementi rilevati, ha fornito una rappresentazione di sintesi del livello di maturità del sistema di controllo interno regionale "per principio" (secondo il metodo del Capability Maturity Model) e sono stati identificati i possibili ambiti di miglioramento. Le risultanze di tale applicazione sono state riepilogate nella **Deliberazione ORAC n.4 del 21 giugno 2021**.

Le attività del Tavolo sono poi proseguite nel 2022 con l'obiettivo di estendere l'applicazione di tale strumento di valutazione del sistema di controllo interno anche agli Enti del Sistema Regionale (Sireg). Attraverso una serie di incontri operativi, che hanno visto la partecipazione oltre che dei rappresentanti del Tavolo permanente, anche del prezioso contributo delle funzioni Internal Audit di ATS Insubria e Aria S.p.A., 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*". Per la sua elaborazione è stato preso, come base di partenza, il documento già sviluppato per valutare il Sistema di Controllo Interno di Regione, riadattandolo al fine di tener conto delle diverse tipologie di enti/aziende/società facenti parte del Sireg e mantenendo fermo il riferimento metodologico al COSO Framework e alla sua declinazione nei 17 principi.

Tale iniziativa è stata prevista nell'ambito del Piano di attività ORAC 2023 e del Piano di Audit 2023 di Regione, ponendosi quale obiettivo quello di fornire agli Enti Sireg uno strumento di analisi interna e di autovalutazione accurata e completa sul sistema dei controlli facendo emergere best practices ed eventuali criticità.

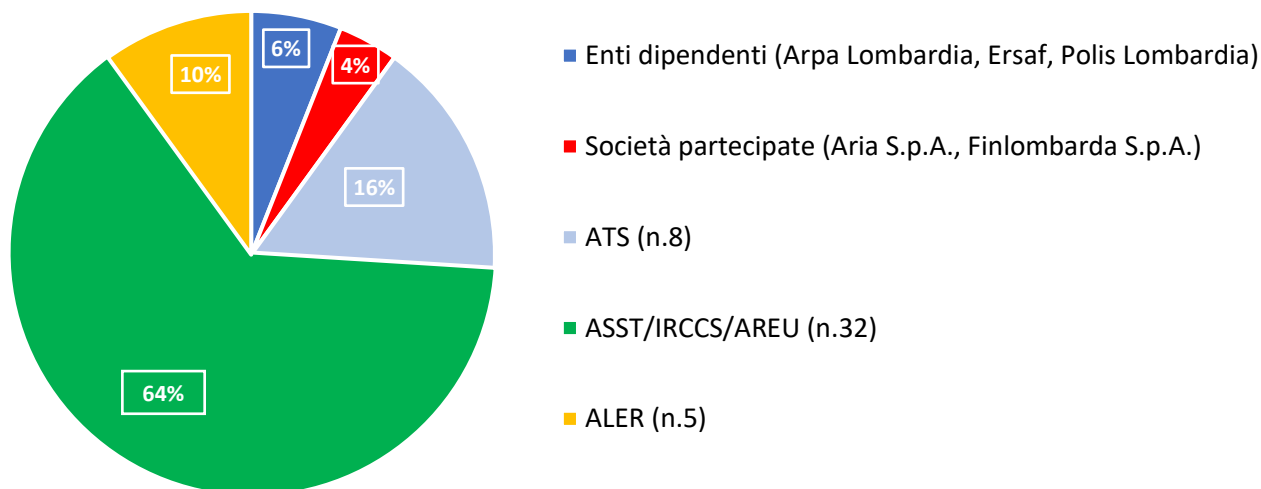
L'analisi complessiva delle risultanze dei questionari, di seguito rappresentata, consente di scattare una fotografia unitaria del grado di maturità dei sistemi dei controlli interni del Sireg, individuando possibili aree di miglioramento e consentendo azioni di sensibilizzazione su determinati principi.

“Il Questionario di Autodiagnosi per la Valutazione del Sistema di Controllo Interno secondo l’Internal Control Integrated Framework, c.d. COSO Report”, si compone di 46 domande, classificate secondo i 17 principi del COSO Framework, con risposta chiusa (tipo SI/NO), per le quali, ove espressamente indicato, è stato richiesto di riportare ulteriori informazioni a corredo della risposta fornita.

Tale questionario è stato somministrato nel mese di giugno 2023 a 50 Enti del Sireg, mediante piattaforma informatica, con la collaborazione tecnica di Aria S.p.A..

Nello specifico le categorie di Enti Sireg coinvolte nella compilazione del questionario sono:

Enti Sireg coinvolti nella compilazione del questionario



2. Metodologia di analisi

Come indicato, il questionario somministrato agli Enti Sireg è stato elaborato prendendo a riferimento il COSO (Commission of Sponsoring Organizations) Framework che rappresenta lo standard di riferimento maggiormente riconosciuto a livello internazionale per l’implementazione di un adeguato sistema di controllo. Il COSO identifica cinque componenti del Sistema di Controllo Interno (di seguito anche “SCI”):

- **Ambiente di Controllo:** è l'insieme di standard di condotta, processi e strutture che forniscono la base per lo svolgimento del controllo interno in un'organizzazione;
- **Valutazione dei Rischi:** la valutazione dei rischi è un processo dinamico per identificare e valutare i rischi che potrebbero influenzare il raggiungimento degli obiettivi e per determinare come tali rischi dovrebbero essere gestiti;
- **Attività di Controllo:** sono attività che assicurano la mitigazione dei rischi connessi al raggiungimento degli obiettivi dell’Ente. Vengono eseguite a tutti i livelli dell'organizzazione, in varie fasi, nell’ambito dei processi così come nei sistemi IT;
- **Informazione e Comunicazione:** l'informazione e la comunicazione sono necessarie affinché l'organizzazione possa svolgere efficacemente il controllo interno e supportare il

raggiungimento degli obiettivi; essa può essere rivolta all'esterno o all'interno dell'organizzazione;

- **Monitoraggio:** valutazioni continue e specifiche sono utilizzate per accertare se i controlli interni siano presenti e funzionanti. I risultati vengono valutati e le eventuali carenze vengono comunicate e corrette in modo tempestivo.

Nell'ambito delle **cinque componenti** del COSO sono stati presi a riferimento i **17 principi**, di seguito elencati, che rappresentano gli elementi del sistema di controllo interno da presidiare e che forniscono, al management, indicazioni riguardo alla progettazione, implementazione e gestione del sistema di controllo interno, nonché alla valutazione della sua efficacia. Si precisa che il Tavolo Permanente sul SCI, nella traduzione di tali principi, ha effettuato alcuni adattamenti nella descrizione per tener conto della specificità del contesto pubblico.

<p style="text-align: center;">AMBIENTE DI CONTROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'Ente dimostra impegno per l'integrità e i valori etici. 2. La Governance dell'Ente garantisce l'esercizio di una adeguata supervisione dello sviluppo e del funzionamento del Sistema di Controllo Interno. 3. I ruoli e le responsabilità con riferimento al Sistema di Controllo Interno sono chiaramente definiti a tutti i livelli dell'organizzazione. 4. L'Ente dimostra un impegno ad attrarre, sviluppare e trattenere persone competenti in linea con gli obiettivi di presidio del Sistema di Controllo Interno. 5. L'Ente promuove la responsabilizzazione delle persone con riferimento al Sistema di Controllo Interno. 	<p style="text-align: center;">ATTIVITA' DI CONTROLLO</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. L'Ente identifica, valuta e sviluppa le attività di controllo associandole ai rischi identificati. 11. L'Ente seleziona e sviluppa attività di controllo generale sulla tecnologia. 12. L'Ente implementa le attività di controllo attraverso politiche e procedure.
<p style="text-align: center;">VALUTAZIONE DEI RISCHI</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Gli obiettivi dell'Ente sono chiaramente definiti ed articolati a tutti i livelli dell'organizzazione. 7. L'Ente identifica i rischi connessi al raggiungimento dei propri obiettivi e valuta le modalità con cui sono gestiti. 8. L'Ente considera il rischio di frode nell'ambito delle attività di valutazione del rischio. 9. L'Ente identifica e valuta i cambiamenti che potrebbero avere un impatto significativo sul sistema di controllo interno. 	<p style="text-align: center;">INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. L'Ente dispone di una base di informazioni completa e attendibile per supportare il funzionamento del Sistema di Controllo Interno. 14. L'Ente comunica internamente le informazioni necessarie per supportare il funzionamento del controllo interno (inclusi gli obiettivi e le responsabilità). 15. L'Ente comunica con parti esterne/terze parti le questioni che riguardano il funzionamento del Sistema di Controllo Interno. <p style="text-align: center;">MONITORAGGIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. L'Ente esegue valutazioni continue per accertare se le componenti del controllo interno siano presenti e funzionanti. 17. L'organizzazione valuta e comunica tempestivamente le carenze del controllo interno alle parti responsabili dell'adozione di azioni correttivi, inclusi senior management (Direttori) e la Giunta.

3. RISULTANZE QUESTIONARI

Nel presente paragrafo è rappresentata una sintesi delle risultanze dei 50 questionari somministrati agli Enti Sireg. L'analisi fotografa lo stato dei sistemi di controllo interni negli enti del Sireg a luglio 2023 - periodo di ricevimento dei questionari compilati - e non tiene conto di eventuali evoluzioni successive.

I risultati sono rappresentati in forma grafica per le risposte a domanda chiusa (SI/NO), riportando, invece, per quelle "aperte", le casistiche maggiormente ricorrenti o ritenute più significative, e fornendo, altresì, indicazione sulla frequenza/numerosità al fine rendere un feedback sulla loro diffusione nell'ambito degli Enti Sireg.

Riguardo alla frequenza va specificato che gli Enti, nelle risposte aperte, possono aver fornito indicazione di più iniziative/attività/controlli/funzioni. Nel conteggio, pertanto, le varie casistiche/ambiti indicati sono stati considerati quali risposte multiple (disgiunte) e la numerosità indicata specifica quanti Enti hanno dato tale specifica risposta, non escludendo che possano aver dato anche le altre. Nella interpretazione dei risultati, pertanto, si deve tener conto di tale aspetto per comprendere la numerosità indicata.

Altro aspetto da tener conto, per una migliore contestualizzazione degli esiti delle risposte aperte, è che per le casistiche che presentano una minore frequenza non è escluso che le iniziative/gli ambiti indicati siano comunque presenti anche all'interno degli altri Enti. Il grado di dettaglio delle risposte aperte dipende, infatti, dalla sensibilità di chi ha compilato il questionario. Dall'analisi complessiva delle risposte dei questionari emerge la propensione di alcuni Enti a dare risposte molto articolate fornendo più casistiche ben argomentate. Altri Enti, invece, hanno risposto in maniera più sintetica, dando informazioni essenziali a riguardo.

Nel corso della trattazione per semplicità, potrà essere utilizzato il termine "Ente" per riferirsi indistintamente a tutte le categorie interessate dalla mappatura (Enti dipendenti, Società, Aler, ASST, IRCCS, AREU, ATS), in luogo della dicitura Ente/Azienda/Società. Nella lettura dei risultati, pertanto, il riferimento a Ente va inteso nel senso generale del termine, indicando indistintamente tutti i soggetti destinatari del questionario.

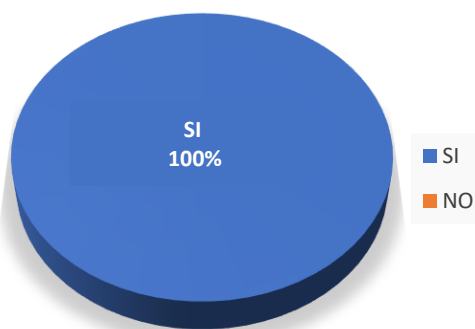
3.1 AMBIENTE DI CONTROLLO

Principio 1 – L'Ente/Società dimostra impegno per l'integrità e i valori etici (domande da n.1 a n.5)

Domanda n.1:

Il codice etico/di comportamento è adeguatamente comunicato a tutti i livelli dell'Ente/Società, anche mediante sessioni di formazione / informazione?

Domanda n.1: Codice Etico/Comportamento comunicato adeguatamente a tutti i livelli?

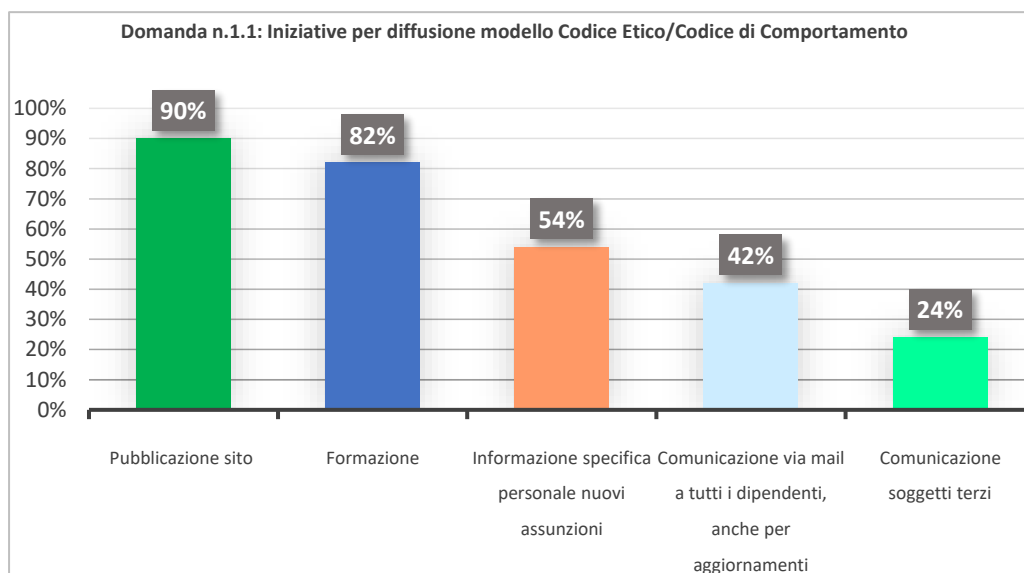


Tutti i 50 Enti destinatari del questionario indicano di aver adeguatamente comunicato a tutti i livelli il Codice Etico e/o di Comportamento.

È stato richiesto di elencare le iniziative con cui tale Codice è stato comunicato. Si riportano, di seguito, le principali. Come indicato in precedenza, ciascun Ente può aver riportato più iniziative e nel conteggio vengono, pertanto, considerate come risposte multiple disgiunte. La numerosità (riportata tra parentesi) indica quanti Enti hanno specificato nelle risposte “anche” tale iniziativa.

Elenco iniziative:

- Pubblicazione sul sito web aziendale, sulla rete intranet, nella bacheca aziendale (n.45 Enti);
- Formazione neoassunti o nell’ambito della formazione periodica del personale (es. Anticorruzione e Trasparenza), o in ipotesi di aggiornamento del Codice Etico/di Comportamento (n.41 Enti);
- Informazione/consegna documentazione all’assunzione del personale (n.27 Enti);
- Comunicazione via mail a tutti i dipendenti anche in ipotesi di aggiornamenti/revisioni del Codice Etico/di Comportamento (n.21 Enti);
- Informazione al conferimento di incarichi o stipula di contratti con soggetti terzi e comunicazione in ipotesi di aggiornamento (n.12 Enti);



Dall’analisi emerge come le iniziative di diffusione indicate dalla quasi totalità degli Enti siano relative alla pubblicazione sul sito internet/intranet e alla formazione (periodica o ad hoc).

Alcuni Enti, nelle risposte, sottolineano come il riferimento al Codice Etico/di Comportamento sia desumibile anche dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), da adottarsi annualmente, in quanto rappresenta una importante misura generale di prevenzione della corruzione, quale strumento volto a sensibilizzare le condotte del personale e orientarle verso la cura dell’interesse pubblico.

Giova ricordare che riguardo alla diffusione del Codice di Comportamento, negli Enti soggetti alla disciplina di cui al DPR n.62/2013 - *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”* come modificato dal DPR n.81/2023 - l'art.17 specifica che le Amministrazioni *“danno la più ampia diffusione”* (sia di tale decreto, che dei codici di comportamento definiti da ciascuna Amministrazione ai sensi dell'articolo 54, comma 5, del decreto legislativo n. 165 del 2001), pubblicandoli *“sul proprio sito internet istituzionale e nella rete intranet, nonché trasmettendolo tramite e-mail a tutti i propri dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione dei vertici politici dell'amministrazione, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'Amministrazione. L'Amministrazione, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia del codice di comportamento”*.

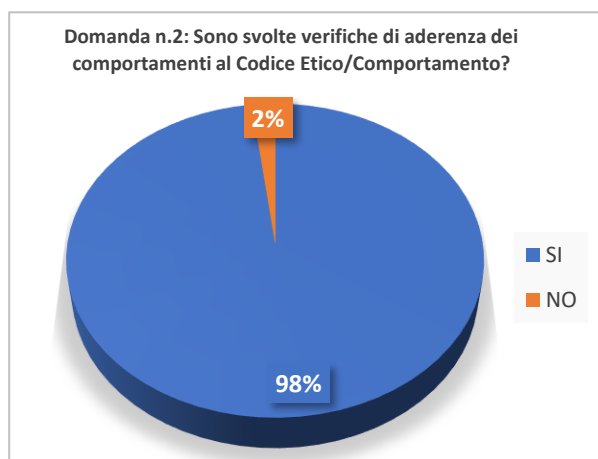
Anche in tema di formazione, il DPR 62/2013, come modificato dal DPR n.81/2023, all'art.15, comma 5 e 5 bis sottolinea: *“5. Al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di **trasparenza e integrità**, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti”*. *“5-bis. Le attività di cui al comma 5 includono anche cicli formativi sui temi dell'**etica pubblica e sul comportamento etico**, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità”*.

La stessa Legge 190/2012 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* ha previsto l'obbligo per le amministrazioni di prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione, percorsi e programmi di formazione, anche specifici e settoriali, rivolti ai dipendenti sui temi dell'**etica** e della **legalità**. Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019, inoltre, sottolinea come *“Tutti i dipendenti pubblici, a prescindere dalle tipologie contrattuali (ad esempio, a tempo determinato o indeterminato) dovrebbero ricevere una formazione iniziale sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (d.P.R. 62/2013) e nei codici di amministrazione. La formazione iniziale consente di approfondire, sin dall'instaurarsi del rapporto lavoro, i temi dell'integrità e di aumentare la consapevolezza circa il contenuto e la portata di principi, valori e regole che devono guidare il comportamento secondo quanto previsto all'art. 54 della Costituzione ai sensi del quale “I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore””*.

Per gli Enti rientranti nell'ambito di applicazione del D.Lgs.231/01 *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300”*, quali ALER e Società Partecipate, inoltre, si dovrà tener conto anche di quanto definito dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e dal Codice Etico, in tema diffusione e formazione.

Domanda n.2:

Vengono svolte verifiche circa l'aderenza dei comportamenti all'interno dell'Ente/società ai principi e alle politiche etiche definite nel codice etico/di comportamento e in caso affermativo da quale struttura sono svolte?



49 Enti hanno risposto affermativamente, confermando lo svolgimento di verifiche riguardo all'aderenza dei comportamenti ai principi e politiche etiche definite dal Codice etico/di comportamento. **1** Ente ha, invece, risposto **negativamente**.

È stato richiesto di specificare le strutture/funzioni organismi che svolgono tali verifiche. Si riportano, di seguito quelle indicate principalmente:

- ciascun Dirigente/Responsabile, per il personale dell'ambito di competenza, che provvede, in caso di violazioni rilevate, ad avviare l'iter previsto dalla normativa per l'attivazione del procedimento disciplinare;
- la Direzione del Personale/Risorse Umane e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT);
- l'Area Direzione Generale;
- l'Internal Audit, l'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01 (per le ALER/Società).

Dall'esame delle risposte, varie sono le funzioni indicate, anche perché più soggetti intervengono, a vario titolo, nel processo di verifica dei comportamenti all'interno dell'Ente/Società. Emerge, in primo luogo, che responsabili della verifica sono i singoli Dirigenti/Responsabili, tenuti a verificare l'aderenza dei comportamenti del personale per il proprio ambito di competenza.

E' stato specificato, inoltre, da un Ente sanitario, che le schede individuali di valutazione della performance, sia per l'area della Dirigenza che per l'area del Comparto, prevedono specifici items volti a verificare il rispetto, oltre che delle direttive aziendali, anche del Codice di comportamento dei pubblici dipendenti, del Codice deontologico, del Codice disciplinare e della normativa sulla privacy.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari, come emerge dalle risposte, è attivato dai Responsabili, con l'avvio del procedimento disciplinare, per la verifica e l'accertamento delle violazioni delle disposizioni del Codice di Comportamento, in coerenza con quanto definito dal D.Lgs. 165/2001 e dai regolamenti interni. Alcuni Enti evidenziano anche gli obblighi di informazione (relazioni periodiche) previsti in capo ai Responsabili di Struttura e all'UPD riguardo ai procedimenti disciplinari attivati e le sanzioni eventualmente irrogate.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, inoltre, come precisato, svolge in tale ambito un monitoraggio sullo stato di attuazione del Codice di Comportamento anche sulla base dei flussi informativi ricevuti (relazione periodica) dall'UPD sui procedimenti di violazione del Codice Etico/di comportamento. Va evidenziato che l'RPCT può essere destinatario di informazioni

riguardo a presunte violazioni del Codice Etico e di Comportamento, attraverso le segnalazioni whistleblowing, di cui si dirà in seguito. Nei questionari, si sottolineano le interrelazioni tra RPCP e l'UPD in occasione del manifestarsi dell'esigenza di modifiche/aggiornamenti al Codice Etico e di Comportamento.

Altro interlocutore dell'RPCT è l'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01, con il quale collabora al fine del monitoraggio sulla attuazione e sulla conoscenza del Codice Etico e di Comportamento, avendo l'ODV, a norma dell'art.6 del citato decreto, *“il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli”*. L'Organismo di Vigilanza, di cui all'art.6, comma 2, è presente nelle ALER e nelle Società partecipate. Il D.Lgs. 231/01 all'art.1, commi 2 e 3, definisce, infatti, che *“Le disposizioni in esso previste si applicano agli enti forniti di personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica. Non si applicano allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli altri enti pubblici non economici nonché agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale”*.

L'Internal Audit è stato indicato quale unità di controllo di terzo livello che svolge attività di verifica sul codice etico/di comportamento nell'ambito degli audit interni.

Va ricordato che l'articolo 15 del citato DPR 62/2013, in materia di *“Vigilanza, monitoraggio e attività formative”* definisce che *“Ai sensi dell'art.54, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, vigilano sull'applicazione del presente Codice e dei codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno e gli uffici etici e di disciplina”*. Ai fini dell'attività di vigilanza e monitoraggio prevista dal presente articolo le amministrazioni si avvalgono dell'**ufficio procedimenti disciplinari** [...].

Ciascun Ente è tenuto, pertanto, a **garantire** un'adeguata attività di vigilanza sull'applicazione del Codice Etico/di Comportamento, verificando l'aderenza dei comportamenti ai principi e alle politiche etiche, mediante modalità/strumenti definiti delle specifiche norme di riferimento e dalla regolamentazione interna, da parte dei soggetti ivi chiaramente identificati.

Domanda n.3:

Il personale dell'Ente/Società ha a disposizione procedure e strumenti per la segnalazione delle violazioni ai principi e alle politiche etiche definite nel codice etico/di comportamento?



Tutti gli Enti hanno indicato che il personale ha a disposizione procedure e strumenti per le segnalazioni delle violazioni ai principi e alle politiche etiche.

Di questi, n.12 Enti hanno risposto “Si”. La restante parte (n.38) oltre, ad aver risposto “Si”, ha specificato che tali procedure garantiscono l'anonimato del segnalante. I 50 Enti hanno fornito indicazione riguardo alle procedure/strumenti disponibili per la segnalazione di violazioni del Codice Etico o di Comportamento:

- Piattaforma informatica Whistleblowing;

- Regolamento aziendale in materia di whistleblowing;
- Caselle di posta elettronica dedicate (gestite dall'RPCT o dall'Organismo di Vigilanza);
- Canali definiti dalla normativa aziendale: segnalazioni al Diretto Responsabile, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari; al Comitato di Garanzia o canali whistleblowing a garanzia dell'anonimato del segnalante;
- Cassetta postale;
- Regolamento per la gestione dei procedimenti preliminari;
- Piattaforma di Incident Reporting (Unità di gestione del Rischio);
- Segnalazioni all'URP;
- Piattaforma di comunicazione interna e protocollo EDMA.

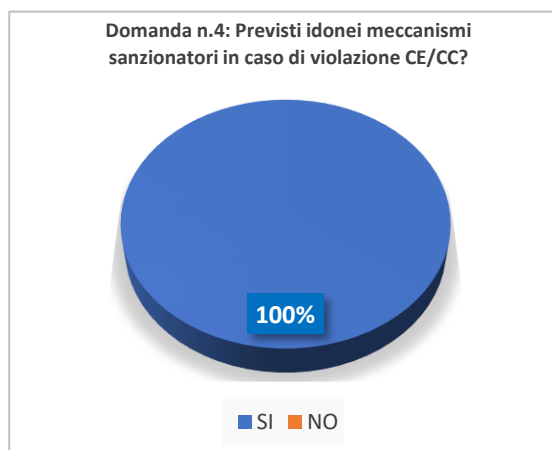
Per tale domanda le risposte risultano essere omogenee. Gli Enti hanno indicato che, per l'attivazione del procedimento disciplinare, accanto agli strumenti tradizionali desumibili dai Regolamenti relativi al Codice disciplinare - che prevedono di potersi rivolgere direttamente al Direttore/Responsabile e agli altri uffici ivi indicati - è stato istituito nell'Ente/Azienda un canale whistleblowing a garanzia dell'anonimato del segnalante, secondo diverse modalità (es. piattaforma informatica, canale di posta dedicata, etc.).

Le modalità di segnalazione whistleblowing sono definite in una apposita Procedura/Regolamento aziendale. L'indicazione dell'istituzione del canale whistleblowing da parte degli Enti è pressoché unanime. Anche gli Enti che hanno risposto solo "sì", senza specificare che "garantisce l'anonimato" hanno poi precisato nella risposta della presenza del whistleblowing o tramite piattaforma informatica o come casella mail dedicata.

Riguardo al whistleblowing, si sottolinea che il procedimento **dovrà** essere in linea con quanto definito dalla nuova disciplina introdotta dal D.Lgs. 10 marzo 2023, n.24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", adeguando, se non effettuato, la relativa normativa interna.

Domanda n.4:

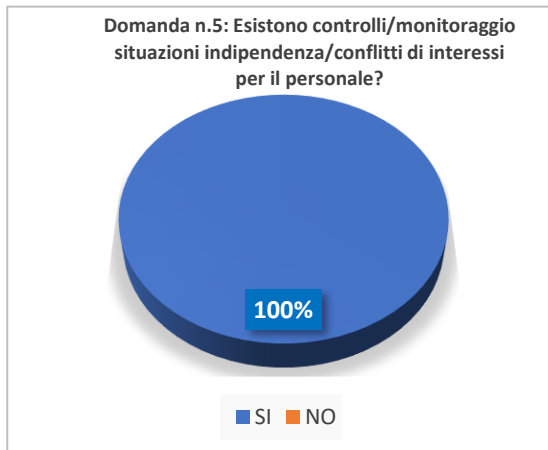
Sono previsti idonei meccanismi sanzionatori in caso di violazione del codice etico/di comportamento?



Tutti gli Enti riportano che sono previsti idonei meccanismi sanzionatori in caso di violazione del Codice Etico/di Comportamento.

Domanda n.5:

Esistono meccanismi di controllo e di monitoraggio delle situazioni di indipendenza / conflitto di interessi per il personale (dirigenti, dipendenti e collaboratori) dell'Ente/Società?



Gli Enti, nella totalità dei casi, affermano l'esistenza di meccanismi di controllo e di monitoraggio delle situazioni di conflitto di interessi per il personale.

E' stato richiesto di elencare quali meccanismi di controllo e monitoraggio sono presenti nell'Ente.

L'elencazione di più meccanismi da parte di ciascun Ente, anche peculiari rispetto alla singola realtà, non consente di effettuare una sintetica classificazione degli stessi. Sono stati riportati di seguito, i più rappresentativi:

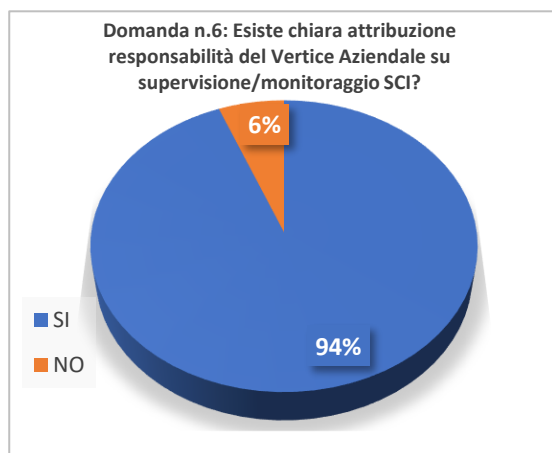
- Acquisizione Dichiarazioni di incompatibilità/inconferibilità/ assenza di conflitto di interessi:
 - all'atto dell'assunzione; del conferimento di un incarico gestionale; per incarichi di componente di commissioni di concorso o di gare; incarichi extraistituzionali;
 - nell'ambito degli affidamenti di lavori/servizi/forniture; Consulenti e Collaboratori; Sponsorizzazioni ad eventi formativi;
 - acquisizione di dichiarazione dell'operatore economico di non attribuzione incarichi ad ex dipendenti ed ex lavoratori autonomi che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell'Ente, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, nell'ambito delle misure sul pantouflage;
- Verifica delle dichiarazioni acquisite da parte dei Direttori/Responsabili per il rispettivo livello di responsabilità e per quanto di propria competenza;
- Verifiche autodichiarazioni attraverso consultazione banche dati disponibili;
- Verifiche da parte del Servizio Ispettivo istituito ai sensi dell'art.1, comma 62, della legge 23.12.1998, n.662, che ha la funzione di accertare l'osservanza da parte del personale dirigente e del comparto delle disposizioni vigenti in materia di incompatibilità, di attività libero professionale intramuraria ed extramuraria, di rapporto di lavoro part-time, di consulenza e consulti;
- Controlli preventivi al rilascio autorizzazione per attività extraistituzionali, ALPI, commissioni di gara e di concorso;
- Monitoraggio dei casi di conflitto di interessi da parte del RPCT, con varie modalità, quale misura del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Verifiche a campione delle dichiarazioni da parte del Responsabile Internal Audit.

Gli Enti, nelle risposte, hanno richiamato la normativa esterna (es. D.Lgs. 165/2001, DPR 62/2013, L.190/2012, D.Lgs. 39/2013, Linee Guida ANAC, Codice di comportamento) e fatto riferimento ai regolamenti interni che disciplinano tali meccanismi di controllo, quali: Regolamento aziendale sulle situazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi; Regolamento sul pantouflage; Articoli contenuti nel codice di comportamento; Misure di prevenzione definite nel PTPCT/PIAO; Regolamento incarichi extra istituzionali.

Principio 2- La Governance dell'Ente/Società garantisce l'esercizio di una adeguata supervisione dello sviluppo e del funzionamento del Sistema di Controllo Interno (domande da n.6 a n.10)

Domanda n.6:

Esiste una chiara attribuzione di responsabilità del Vertice aziendale sulla supervisione/monitoraggio del sistema di controllo interno dell'Ente/Società?



47 Enti hanno indicato che esiste una chiara attribuzione di Responsabilità del Vertice aziendale sulla supervisione/monitoraggio del Sistema di Controllo interno dell'Ente/Azienda. 3 Enti/Società, invece, riferiscono che tale chiara attribuzione **non** è presente.

Agli Enti che hanno risposto affermativamente è stato richiesto di specificare con quale atto/documento è attribuita tale responsabilità, indicando principalmente:

- POAS – Piano di Organizzazione Aziendale Strategico approvato dagli Enti Sanitari (n.24);
- Istituzione Comitato Coordinamento Controlli (Enti Sanitari) (n.11);
- Provvedimenti di nomina dei responsabili delle funzioni di controllo (Es. RPCT, RIA, RSPP, Risk Manager, DPO, Controllo di Gestione, Qualità) (n.7);
- Procedure, Regolamenti, Delibere specifiche riguardo all'implementazione e sviluppo del sistema di controllo interno, Disposizioni Organizzative (n.8);
- Mandato di Audit, Istituzione Funzione Internal Audit, Piano di Audit (n.9);
- PIAO (n.4);
- Piano di Risk Management per area Rischio Clinico;
- Comitato per il Controllo (società).

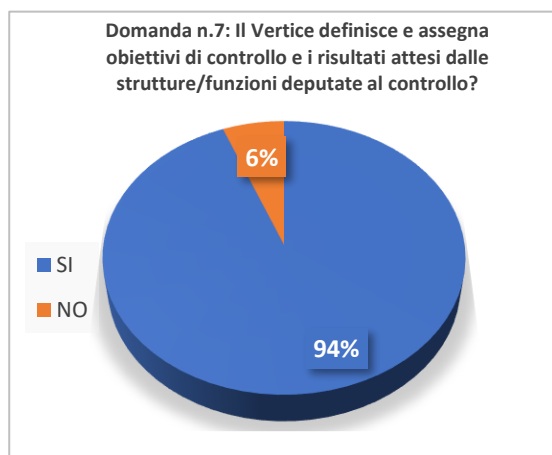
Riguardo agli Enti Sanitari (ASST, ATS, IRCCS, AREU), la maggioranza di essi, ha sottolineato come il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (**POAS**) rappresenta il documento principe con cui il Vertice Aziendale definisce l'assetto organizzativo e il funzionigramma delle articolazioni organizzative (Dipartimenti, Strutture, Funzioni), esplicitando tutte le diverse funzioni deputate alla supervisione/monitoraggio del sistema di controllo interno.

Altra peculiarità degli Enti Sanitari è l'istituzione del **Comitato di Coordinamento dei Controlli**, previsto dalle *“Linee Guida Regionali per l'Adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle ATS, delle ASST, degli IRCCS e di AREU”*, di cui alla Deliberazione n. XI/6278 del 11.04.2022, che demandano ai singoli Enti di disciplinare la composizione del Comitato, le modalità e gli strumenti con cui ne viene garantito il funzionamento. Tale Comitato è di norma presieduto dal RPCT che riporta direttamente al Direttore Generale e *“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”*.

Da parte degli Enti, inoltre, è stata data indicazione, quali atti di chiara attribuzione delle responsabilità, dei provvedimenti di nomina dei Responsabili deputati alle funzioni di controllo: Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT); Responsabile Internal Audit (RIA); Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), nonché dei Responsabili Risk Management, Qualità, Privacy, Controllo di Gestione, etc.. Gli altri provvedimenti indicati, da cui è possibile evincere tali responsabilità sono: Procedure, Regolamenti, Delibere specifiche, PIAO, Organigrammi, Funzionigramma, Disposizioni Organizzative.

Domanda n.7:

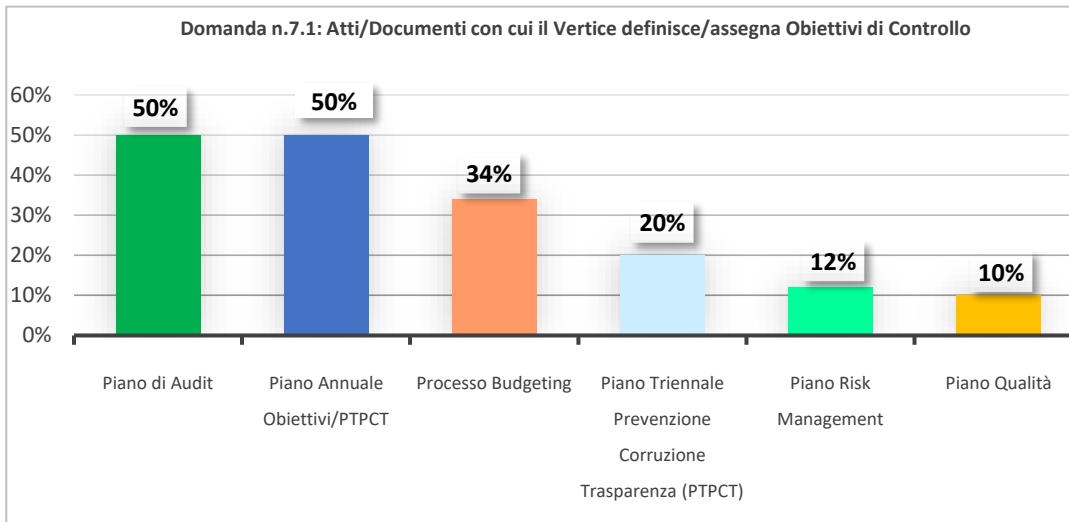
Il Vertice aziendale definisce e assegna gli obiettivi di controllo e i risultati attesi dalle strutture/funzioni deputate al controllo?



47 Enti indicano che il Vertice aziendale definisce e assegna obiettivi di controllo e i risultati attesi dalle strutture/funzioni deputate al controllo, mentre **3** Enti rispondono **negativamente**.

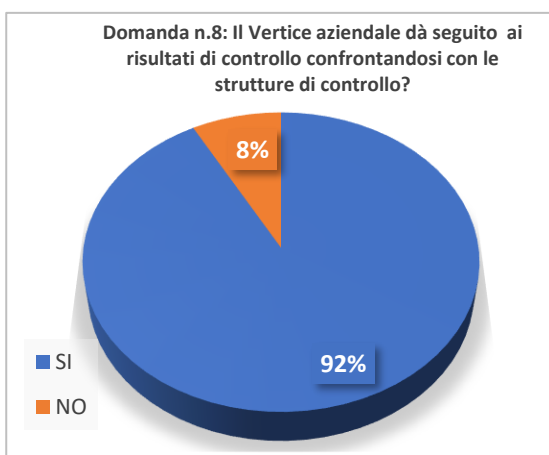
È stato chiesto di specificare con quale atto/documento sono assegnati tali obiettivi. Si riportano i principali, con l'indicazione della relativa numerosità:

- Approvazione Piano di Audit (n.25);
- Adozione del Piano Annuale degli Obiettivi Aziendali Strategici e operativi, nonché del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (n.25). (PIAO per gli Enti Pubblici);
- Processo di budget, schede di budget e assegnazione annuale degli obiettivi individuali (n.17);
- Approvazione Piano Risk Management (n.6);
- Piano Sistema di Qualità (n.5);
- Regole di sistema emanate da Regione Lombardia e POAS (n.3);
- Delibere specifiche di istituzione organismi di controllo (es. Comitato Coordinamento Controlli; Istituzione gruppo di lavoro coordinamento, monitoraggio, supporto implementazione e rendicontazione progetti PNRR; Organismo di controllo interno per monitoraggio progetti PNRR).



Domanda n.8:

Il Vertice aziendale dà seguito ai risultati di controllo conseguiti confrontandosi con le Strutture/Funzioni di controllo?



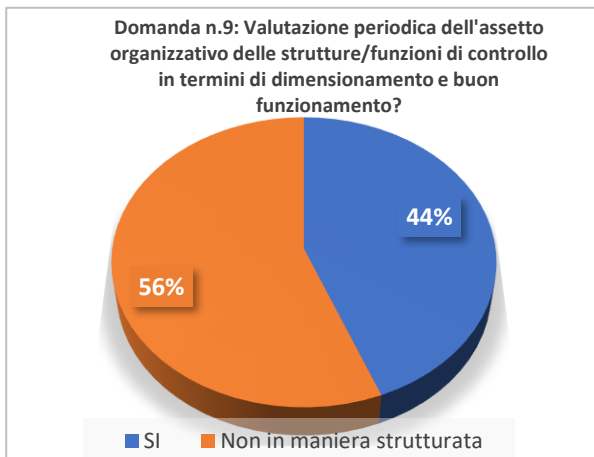
46 Enti hanno dichiarato che il Vertice Aziendale dà seguito ai risultati di controllo conseguiti confrontandosi con le strutture di controllo, mentre in **4** Enti hanno dato **risposta negativa**.

Fondamentale sarà per gli Enti che hanno risposto negativamente rafforzare gli strumenti di informazione e monitoraggio dei risultati di controllo, definendo dei momenti di condivisione e confronto delle strutture (di controllo) con il Vertice Aziendale, anche mediante l'istituzione di un Comitato di Controllo - laddove non ancora previsto - e garantendone il funzionamento.

Gli aspetti legati all'adeguatezza dei flussi informativi da e verso le strutture di controllo, nonché alla valutazione dei risultati di controllo e all'attuazione dei piani azioni, verranno approfonditi nel prosieguo della presente trattazione.

Domanda n.9:

L'Ente/Società assicura l'adeguatezza del sistema di controllo interno attraverso la valutazione periodica dell'assetto organizzativo delle strutture/funzioni di controllo in termini di dimensionamento e buon funzionamento?



Il 44% degli Enti (pari a n.22) riferisce che è assicurata l'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno attraverso la valutazione periodica dell'assetto organizzativo delle strutture/funzioni di controllo in termini di dimensionamento e buon funzionamento. La rimanente parte (n.28) indica che tale valutazione **non** è effettuata in maniera strutturata.

Agli Enti che hanno risposto "SI" è stato chiesto di specificare modalità e frequenza.

Dall'esame dei risultati emerge che la periodicità indicata è di norma annuale e riferita a più attività:

- Predisposizione del Piano Triennale delle Assunzioni (da aggiornarsi annualmente);
- Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e Trasparenza;
- Valutazione dei risultati della Relazione sulla performance, predisposizione Piano di Budgeting, Rendicontazioni prodotte dalle strutture;
- Valutazione periodica dei piani di controllo sui processi aziendali, rilevazione e analisi delle eventuali criticità;
- Monitoraggio RPCT e predisposizione relazione annuale;
- Rapporto annuale Internal Audit;
- Report audit Qualità.

La valutazione dell'assetto organizzativo, inoltre, secondo quanto indicato, può avvenire anche sulla base di eventi specifici che richiedono tale esame:

- Alla scadenza del Mandato di Audit;
- Attività del Comitato di Coordinamento dei Controlli;
- Specifiche esigenze infrannuali (es. modifiche organizzative);
- In occasione di aggiornamento/revisione del POAS (per gli Enti sanitari).

Come già indicato, le *"Linee Guida Regionali per l'Adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle ATS, delle ASST, degli IRCCS e di AREU"*, di cui alla Deliberazione n. XI/6278 del 11.04.2022, hanno previsto, per gli Enti Sanitari, l'opportunità di costituire all'interno degli Enti il "Comitato di Coordinamento dei Controlli", demandando ai singoli Enti la definizione della composizione, delle modalità e degli strumenti con cui viene garantito il funzionamento ed assicurato il raccordo e il coordinamento dei controlli.

Tale Comitato, di norma presieduto dal Responsabile della Prevenzione, Corruzione e Trasparenza (RPCT), afferisce direttamente al Direttore Generale e persegue, quale finalità, *"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.**"*.

E' auspicabile, che il Comitato di Coordinamento dei Controlli, previsto dalle linee guida regionali, sia recepito nei singoli POAS di tutti gli Enti Sanitari e ne sia garantita la piena funzionalità

anche mediante l'approvazione di un apposito Regolamento di Funzionamento che disciplini compiti, ruoli e modalità di svolgimento delle attività e definisca **puntuali** flussi informativi e relative tempistiche.

Il Comitato di Coordinamento dei Controlli, considerate le finalità definite dalle Linee Guida, può rappresentare un valido ausilio al management: nella verifica periodica dell'assetto organizzativo delle strutture di controllo (in termini di dimensionamento ed efficace funzionamento), nella valutazione dei risultati delle attività di controllo e dei gap rilevati, nonché nel monitoraggio della realizzazione dei piani azione individuati.

Domanda n.10:

Esistono linee guida di design e sviluppo del Sistema di Controllo Interno formalmente definite?



23 Enti dichiarano l'esistenza di linee guida di design e sviluppo del Sistema di Controllo Interno formalmente definite, mentre la restante parte (n.27) risponde in maniera negativa.

I 23 Enti che hanno l'indicato l'esistenza di tali linee guida hanno specificato, quali standard di riferimento:

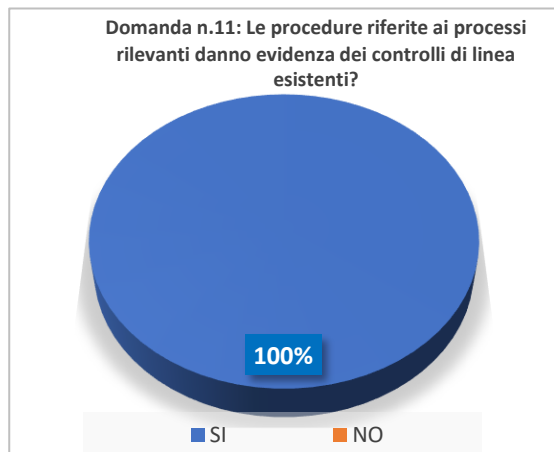
- Regolamento Internal Audit/Manuale di Audit/Standard professionali IA/COSO Report – International Control Integrated Framework (n.15);
- ISO per il sistema gestione qualità (n.11);
- Linee Guida emesse da Regione Lombardia nelle DGR e nelle Direttive (es. Delibera delle Regole, Direttive per Aler, Linee Guida Percorso Attuativo Certificabilità di Bilancio-P.A.C., Linee Guida Controllo di Gestione, linee operative) (n.5);
- Regolamenti ministeriali: Risk Management, raccomandazioni in materia rischio clinico, Dipartimento della Funzione Pubblica (in tema performance), Linee Guida AGID; Garante per la Privacy; D.Lgs. 81/2008 (in materia di sicurezza) (n.3);
- Piano Nazionale Anticorruzione ANAC (n.3);
- Il POAS ha definito il disegno di sviluppo del sistema di controllo interno (n.3).

Ciascun Ente ha indicato più linee guida. Non esistendo una linea guida unitaria per l'intero sistema dei controlli interni, gli Enti hanno articolato la risposta fornendo i riferimenti, in termini di Linee Guida, Regolamenti, Procedure, Direttive, normativa, standard professionale, framework alla base della definizione del SCI, a seconda dell'ambito di controllo a cui si è fatto riferimento.

Principio 3 - I ruoli e le responsabilità con riferimento al Sistema di Controllo Interno sono chiaramente definiti a tutti i livelli dell'organizzazione (domande da n.11 a n.15)

Domanda n.11:

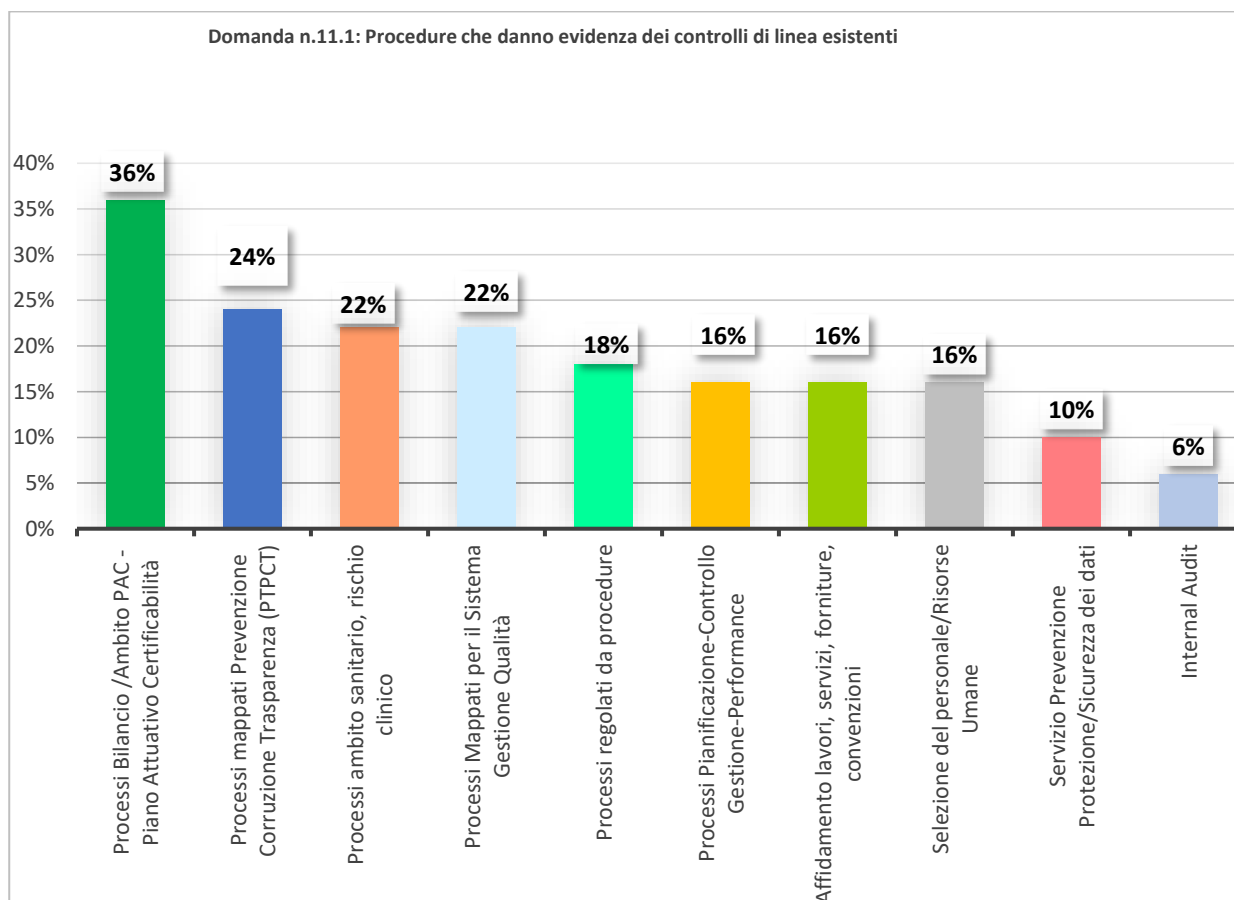
Le procedure riferite ai processi rilevanti dell'Ente/Società danno evidenza dei controlli di linea esistenti?



Tutti gli Enti hanno indicato che le procedure riferite ai processi rilevanti danno evidenza dei controlli di linea esistenti.

Riguardo ai processi a cui si riferiscono tali procedure, le risposte risultano variegata e molto articolate, in quanto i processi sono molteplici. Accanto ad una descrizione più generale, gli Enti hanno riportato, l'elenco delle procedure ritenute più significative.

Le risposte fornite che presentano una maggiore frequenza sono così rappresentate:



Quali esempi di procedure più significative, gli Enti Sanitari hanno indicato i processi: oggetto di procedure PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità); rientranti nell'ambito della mappatura del

Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; i processi riferiti agli ambiti sanitari, al rischio clinico, nonché i processi mappati nell'ambito del sistema qualità dell'Azienda. Alcuni Enti hanno genericamente risposto che tutti i processi regolati da procedure danno evidenza dei controlli.

Trasversali a tutti gli Enti/Società sono invece i processi riferiti alla Selezione del personale, Acquisti/Affidamenti lavori, servizi e Forniture, Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza, Controllo di gestione/pianificazione/Performance, Sicurezza persone e dati.

Domanda n.12:

Sono chiaramente identificate all'interno dell'organizzazione strutture/funzioni/organismi deputate al presidio degli ambiti della seconda linea di difesa (Anticorruzione, Risk management, Privacy, Cyber Security, Controllo di Gestione, Qualità, Safety, etc.)?



Tutti gli Enti hanno indicato che all'interno dell'organizzazione sono chiaramente identificati strutture/funzioni/organismi deputati al presidio degli ambiti della seconda linea di difesa.

Gli Enti sanitari sottolineano come tali strutture di controllo, riferite alla seconda linea di difesa, siano chiaramente identificate tramite il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

È stato chiesto di indicare quali siano tali entità organizzative. Essendo una risposta aperta ciascun Ente ha riportato più aree. Si riportano di seguito le

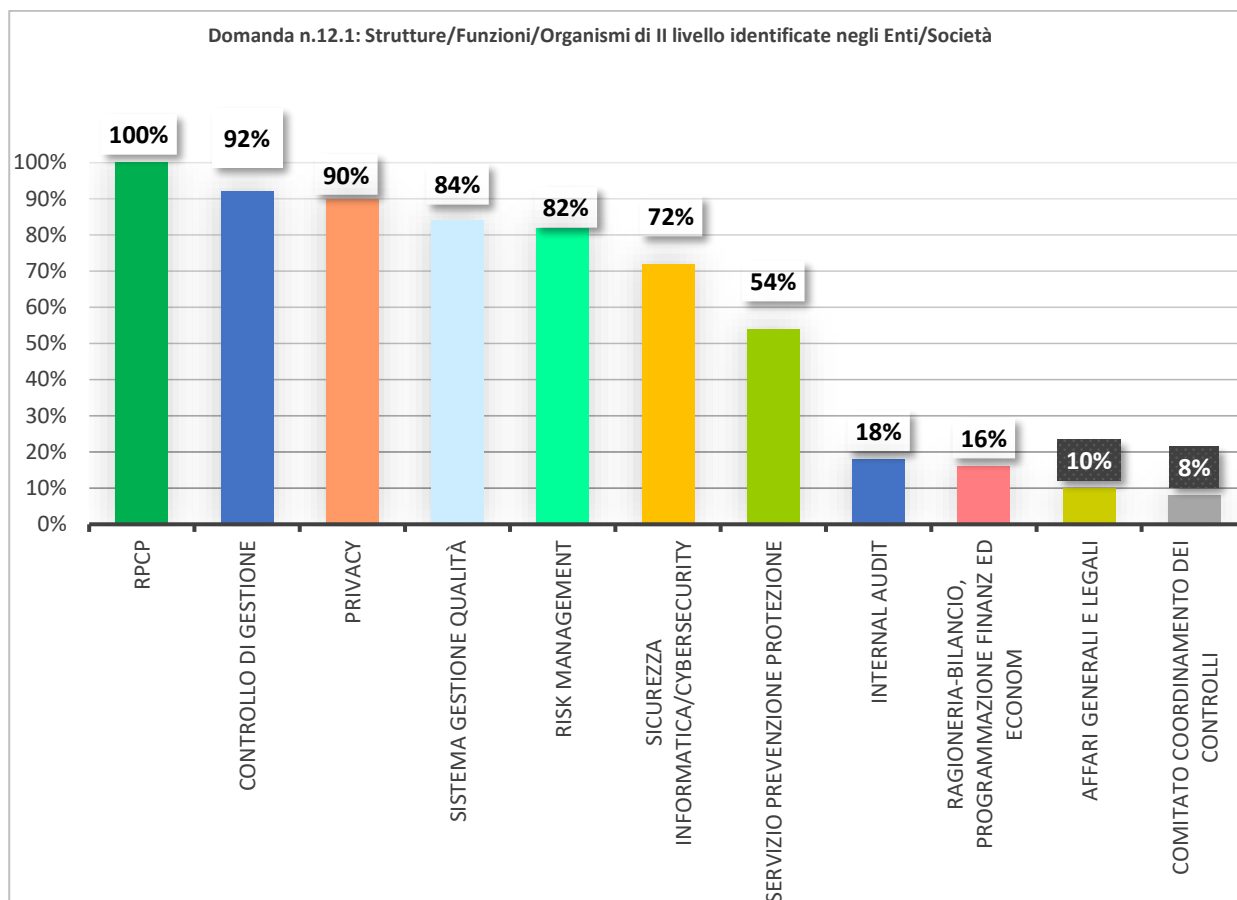
principali:

- Anticorruzione – RPCT (n.50);
- Controllo di Gestione (n.46);
- Privacy e Data Protection Officer (DPO) (n.45);
- Sistema Gestione Qualità (n.42);
- Risk Management (n.41);
- Sistemi informativi/ Cyber Security (n.36);
- Servizio di Prevenzione e Protezione, RSPP, Safety, Medico competente (n.27);
- Internal Audit – RIA (n.9);
- Ragioneria/Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità (n.8);
- Affari Generali e Legali (n.5);
- Comitato Coordinamento dei Controlli (n.4).

Gli Enti hanno riportato risposte multiple indicando, in primo luogo, quelle specificate nella declaratoria della domanda. Riguardo alla funzione Internal Audit, va sottolineato che la bassa numerosità è dovuta al fatto che tale funzione è di terzo livello e pertanto la maggioranza degli Enti non l'ha indicata.

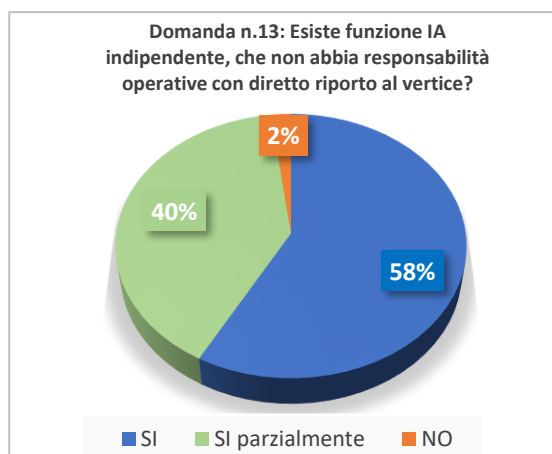
Tra le funzioni di secondo livello, risultano indicate, in via residuale, anche le seguenti: Servizio Ispettivo Aziendale (Enti Sanitari); OdV ex D.Lgs. 231/01 (Aler e Società partecipate); Compliance

(Società partecipate); Antiriciclaggio; Risorse Umane; Comitato Valutazione Sinistri (Aziende Sanitarie); Nucleo di Valutazione delle prestazioni, etc..



Domanda n.13:

Esiste una funzione di internal audit indipendente, opportunamente collocata nell'Ente/Società, che non abbia responsabilità operative, con diretto riporto al vertice dell'Ente/Società come indicato dalla LR 17/2014 e dagli atti di programmazione settoriali (es. Direttive)?



29 Enti hanno indicato che presso il proprio Ente è presente una funzione Internal Audit indipendente, che non ha responsabilità operative e con diretto riporto al vertice dell'Ente.

1 Ente ha risposto **negativamente** alla domanda.

Ai 20 Enti che hanno risposto "Si, parzialmente", è stato chiesto di specificare le differenze.

La principale criticità rilevata dagli Enti sanitari è che la funzione, seppur collocata in staff al Direttore Generale, non svolge l'attività in via esclusiva. Il Responsabile,

nonché le unità di personale attribuite, possono essere inserite all'interno di altre strutture aziendali, svolgendo, così, ulteriori attività anche di natura operativa. Lo stesso RIA, infatti, come

specificato in alcuni casi, oltre alla responsabilità dell'Internal Audit, può avere la responsabilità anche di attività operative.

L'Organismo Regionale delle Attività di Controllo, nell'ambito delle funzioni di coordinamento della Rete di internal audit, di cui all'art.3 della legge regionale n.13/2018, ha effettuato nel quarto trimestre 2022 una mappatura delle funzioni di Internal Audit degli Enti Sireg. Gli esiti di tale esame sono stati riepilogati nel documento di cui alla **Delibera n.4 del 05 giugno 2023**. Le principali criticità evidenziate in tale relazione, a cui si rinvia, sono in linea con quanto riscontrato nelle risposte alla domanda in esame, e vertono in particolare sulla non esclusività delle attività di Internal Audit - con conseguente cumulo di attività, anche operative, in capo alla funzione - e sulla inadeguatezza, in termini di numerosità, delle risorse umane attribuite.

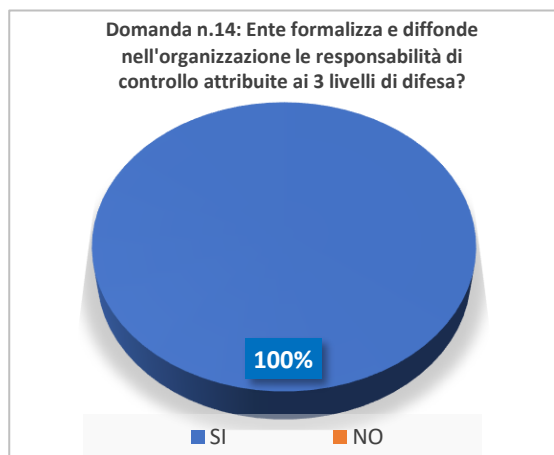
Va specificato che, con riferimento agli Enti Sanitari, la normativa di riferimento ha fornito precise indicazioni in merito alla collocazione della funzione IA, alla possibilità di cumulo di funzioni e alla dotazione organica. Nell'ambito delle *"Linee guida Regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS)"*, adottate con delibera XI/6278 del 11.04.2022, 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"*.

Con deliberazione n.4 del 05 giugno 2023, ORAC ha raccomandato, ai Responsabili Internal Audit e alle Direzioni Generali dei singoli Enti, di effettuare **una attenta valutazione** di conformità della Funzione Internal Audit 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 criticità e/o disallineamenti con la normativa interna, ORAC ha richiesto agli Enti di individuare le opportune soluzioni organizzative e adottare i relativi provvedimenti.

Va precisato che l'approvazione di tale deliberazione ORAC, contenente le raccomandazioni richiamate, è di poco precedente la somministrazione del questionario di autodiagnosi secondo il COSO report, oggetto della presente trattazione. Gli effetti di eventuali azioni correttive attuate, pertanto, non risultano riscontrabili nel presente questionario, visti i tempi ravvicinati. ORAC, nel corso dei periodici monitoraggi delle raccomandazioni, verificherà l'implementazione di tali azioni correttive negli Enti che presentavano criticità dandone contezza nell'ambito delle relazioni semestrali.

Domanda n.14:

L'Ente/Società formalizza e diffonde nell'organizzazione le responsabilità di controllo attribuite ai tre livelli di difesa (a titolo esemplificativo e non esaustivo Organigramma, Procedure aziendali, Ordini di servizio, Atti di nomina, Atti di delega, POAS, Funzionigramma, job description)?



Tutti gli Enti hanno dichiarato di formalizzare e diffondere nell'organizzazione le responsabilità di controllo attribuite ai tre livelli di difesa. Ciascun Ente ha indicato, uno o più documenti con cui vengono formalizzate tali responsabilità. Si riportano di seguito i principali:

- Determina di attribuzione incarichi; Atti/delibere di nomina; Atti di delega; Disposizioni organizzative al personale; Ordini di servizio; Deleghe (n.40 Enti);
- Organigramma, Funzionigramma/job description; Procedure e regolamenti aziendali (n.40 Enti);
- POAS (Piano di organizzazione Aziendale Strategico), adottato in ottemperanza alle linee guida emanate dalla DGR, che definisce compiti e responsabilità negli Enti sanitari (n.38 Enti);
- Piani annuali di Programmazione (es.PIAO) (n.6 Enti);
- Sistema Qualità ISO (n.3 Enti).

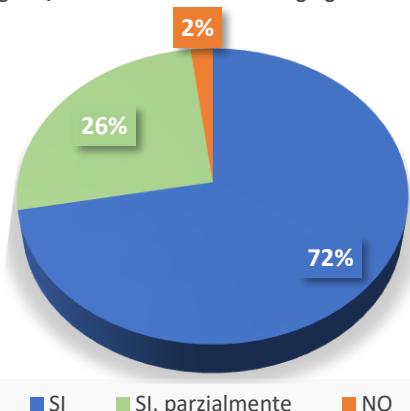
Le risposte convergono verso tre risposte principali, legate agli atti/delibere di nomina, le procedure aziendali, funzionigramma, organigramma. Negli Enti sanitari il documento principale è costituito dal POAS che, come specificato, racchiude tutti gli atti conseguenti legati a organigramma, funzionigramma, mansionari, etc..

Domanda n.15:

L'organizzazione e l'allocazione delle funzioni di controllo dell'Ente/Società rispettano le indicazioni fornite da Regione/ORAC e Anac in tema di segregazione delle funzioni?

SOCIETA' IN HOUSE ED ENTI DIPENDENTI SIREG	SSR
DGR 5737/2021 Indirizzi ORAC e ANAC	DGR 1046/2019 DGR 6026/2022 "linee guida adozione POAS"
ALER	DGR 6387/2022
DGR 5619/2021 DGR 7439/2022	Indirizzi ORAC e ANAC

Domanda n.15: L'organizzazione e l'allocazione delle funzioni di controllo rispettano le indicazioni di Regione/ORAC e ANAC in tema di segregazione?



36 Enti hanno indicato che l'organizzazione e l'allocazione delle funzioni di controllo rispettano le indicazioni di Regione/ORAC e Anac in tema di segregazione. Un Ente, invece, ha risposto negativamente alla domanda.

13 Enti hanno risposto "Sì, parzialmente", e indicato le relative eccezioni rispetto alla normativa di riferimento. Le risposte fornite ricalcano nella sostanza quanto già indicato nella domanda n.13, in quanto le eccezioni rilevate riguardano la funzione di Internal Audit.

Come già evidenziato, le difformità riguardano la non esclusività delle attività di audit, da parte del RIA e dei team di audit, svolgendo ulteriori attività di natura operativa. È sottolineata, inoltre, la limitatezza delle risorse umane assegnate alla funzione.

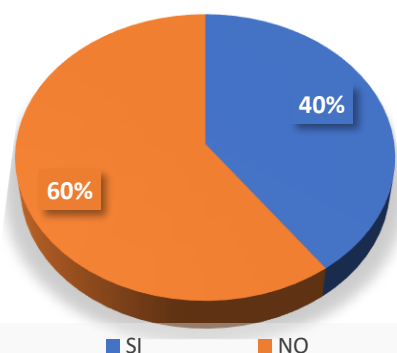
Come indicato, gli esiti di dettaglio della mappatura ORAC effettuata sulla rete degli Internal Audit degli Enti Sireg è riportata nella Delibera ORAC n.4 del 05 giugno 2023 "Attività relative alla rete di internal auditing – Aggiornamento Mappatura Rete IA", a cui si rinvia.

Principio 4 – L'Ente/Società dimostra un impegno ad attrarre, sviluppare e trattenere persone competenti in linea con gli obiettivi di presidio del Sistema di Controllo Interno (domande da n.16 a n.19)

Domanda n.16:

Esiste un processo formalizzato che preveda l'individuazione delle competenze richieste per l'esercizio dei ruoli deputati al Sistema di Controllo Interno?

Domanda n.16: Esiste un processo formalizzato che individua le competenze per i ruoli deputati al Sistema di Controllo Interno?



20 Enti dichiarano che esiste un processo formalizzato che prevede l'individuazione delle competenze richieste per l'esercizio dei ruoli deputati al Sistema di Controllo Interno.

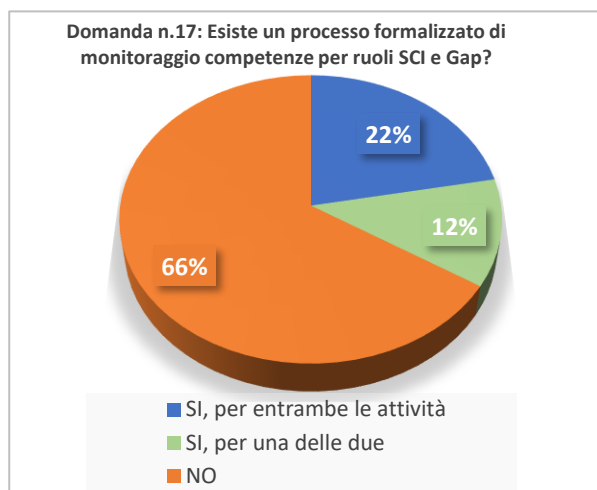
30 Enti, invece, specificano che tale processo formalizzato non è presente.

La mappatura delle competenze professionali non solo per l'esercizio dei ruoli deputati al controllo, ma in generale per tutte le aree, rappresenta un elemento chiave per la definizione di un adeguato assetto organizzativo. Alla mappatura delle competenze dei ruoli va affiancata la mappatura delle conoscenze/skill dei singoli dipendenti così da effettuare una ricognizione delle abilità esistenti, individuare eventuali gap, predisporre adeguati piani di sviluppo delle competenze e/o

rappresentare necessità di nuove risorse nell'ambito della Pianificazione dei Fabbisogni del Personale.

Domanda n.17:

Esiste un processo formalizzato che preveda il monitoraggio delle competenze esistenti possedute dai titolari dei ruoli deputati ai Sistema di Controllo Interno e dei gap rispetto a quelle richieste?



Dai questionari risulta che solo in 11 Enti è presente un processo formalizzato che preveda entrambe le componenti specificate: 1) il monitoraggio delle competenze esistenti per i ruoli deputati al Sistema di Controllo Interno; 2) l'individuazione dei gap rispetto alle competenze richieste.

La **maggioranza degli Enti** (n.33), pari al 66% del totale riferisce che **non esiste** tale processo formalizzato.

6 Enti, invece, specificano che tale processo è previsto in una sola componente.

Per tali Enti è stato chiesto di specificare a quale delle due componenti si riferiscono. 2 Enti riportano che il monitoraggio e valutazione delle competenze è effettuato con il sistema di valutazione individuale (della performance). Mentre, riguardo ai gap, 2 Enti specificano che in sede di definizione dei fabbisogni formativi, vengono individuate necessità di copertura/aggiornamento delle competenze, anche dei titolari di ruoli deputati al sistema di controllo interno.

Tali risultati risultano in linea con la domanda precedente. Circa il 60% degli Enti, pertanto, riferisce che non è presente né un processo formalizzato di individuazione delle competenze, né di successivo monitoraggio delle competenze esistenti. Tale situazione rappresenta un fattore di **criticità**.

Domanda n.18:

Sono previsti percorsi formativi specifici per mantenimento, aggiornamento e sviluppo delle competenze del personale delle Strutture di Controllo, inclusa la Dirigenza e il suo staff?



Riguardo alla formazione, il 92% degli Enti (pari a n.46) indica che sono previsti specifici percorsi per il personale delle strutture di controllo volte al mantenimento, aggiornamento e sviluppo delle competenze, inclusa la Dirigenza e il suo staff.

Ciò è sicuramente un aspetto positivo, se si considera che le due domande precedenti segnalavano, per la

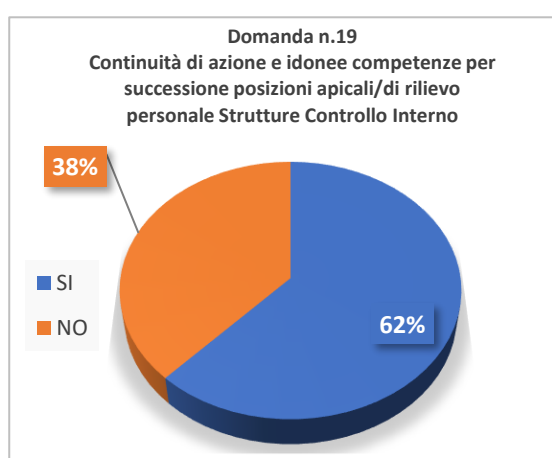
maggioranza degli Enti, la mancanza di un percorso formalizzato di individuazione e monitoraggio delle competenze.

Importante è in fase di rilevazione delle esigenze di formazione, individuare i gap di competenze presenti all'interno delle strutture e adottare le opportune azioni.

Non può non sottolinearsi il dato negativo che emerge riguardo ai 4 Enti che hanno indicato che non vi sono percorsi formativi di mantenimento, aggiornamento, sviluppo delle competenze del personale delle strutture di controllo.

Domanda n.19:

Esistono modalità che garantiscano continuità di azione e idonee competenze per la successione nelle posizioni apicali o di particolare rilievo per personale delle Strutture di Controllo Interno?



Il 62% degli Enti (pari a n.31) dichiara che vi sono modalità che garantiscono la continuità di azione ed idonee competenze per la successione nelle posizioni apicali o di particolare rilievo per il personale delle strutture di controllo interno, mentre 19 Enti hanno risposto negativamente.

È stato richiesto, per gli enti che dato risposta affermativa, di indicare le modalità con cui viene gestita tale esigenza.

Le principali modalità indicate dai 31 Enti sono:

- Formazione specifica ed affiancamento; passaggio di consegne (n.10);
- Job Description, Disposizioni organizzative, Procedure e Regolamenti specifici, Piani di Governance e Strategici (n.8);
- Programmazione assunzioni del personale, Valutazione curricula, selezioni bandi interni (n.4);
- Sistematica condivisione delle attività lavorative, nonché delle informazioni acquisite dai gruppi di lavoro che afferiscono alla medesima struttura/funzione (n.3);
- Ciascuna struttura è diretta da Dirigenti/Responsabili che garantiscono la continuità dell'azione amministrativa anche in assenza del titolare (n.3);
- Formazione diffusa ai Dirigenti e al personale di altre unità sulle tematiche di controllo per diffusione cultura della qualità e del controllo interno nell'ambito aziendale (n.2).

Principio 5 – L’Ente/Società promuove la responsabilizzazione delle persone con riferimento al Sistema di Controllo Interno (domanda da n.20)

Domanda n.20:

L’Ente/Società promuove la responsabilizzazione del personale con riferimento al Sistema di Controllo Interno? (Chiara attribuzione di deleghe e/o procure, formazione specifica, chiara separazione dei compiti, monitoraggio continuo, etc.)



Il 98% ha indicato che gli Enti promuovono la responsabilizzazione delle persone con riferimento al Sistema di Controllo Interno.

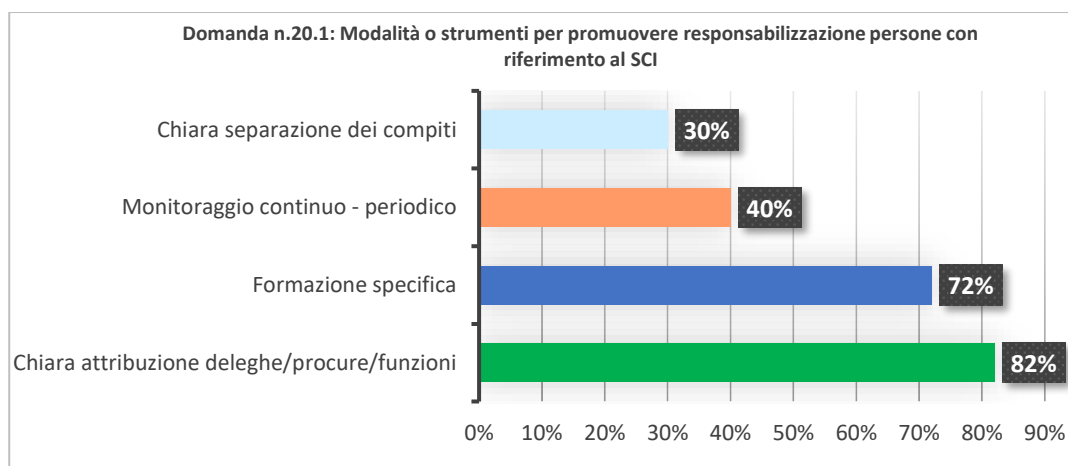
Un solo Ente ha risposto negativamente, specificando però che tale responsabilizzazione è a cura del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza o del Responsabile Internal Audit.

Ai 49 Enti che hanno risposto affermativamente è stato chiesto di riportare modalità e strumenti utilizzati, che vengono di seguito riepilogati:

- Chiara attribuzione di deleghe/procure, funzioni/ruolo; atti di nomina (n.41);
- Formazione specifica (n.36);
- Monitoraggio continuo/periodico (n.20);
- Chiara separazione dei compiti (n.15).

Le risposte fornite dagli Enti, in termini di maggiore numerosità, coincidono con l’elencazione proposta nella domanda. Nelle risposte, alcuni Enti, hanno indicato i riferimenti specifici agli atti con cui sono attribuite deleghe/funzioni/responsabili, nonché i corsi di formazione previsti (es. Trasparenza, Privacy, Anticorruzione, Sicurezza dei luoghi di lavoro, Codice di Condotta, formazione specifica RUP e DEC, Cybersecurity).

E’ stato specificato, in qualche risposta, quale forma di responsabilizzazione, anche gli esiti degli audit ordinari, straordinari e dei follow up, precisando che l’attuazione dei piani azione definiti a fronte delle raccomandazioni emerse dagli audit rappresentano uno degli obiettivi di performance dei Responsabili.

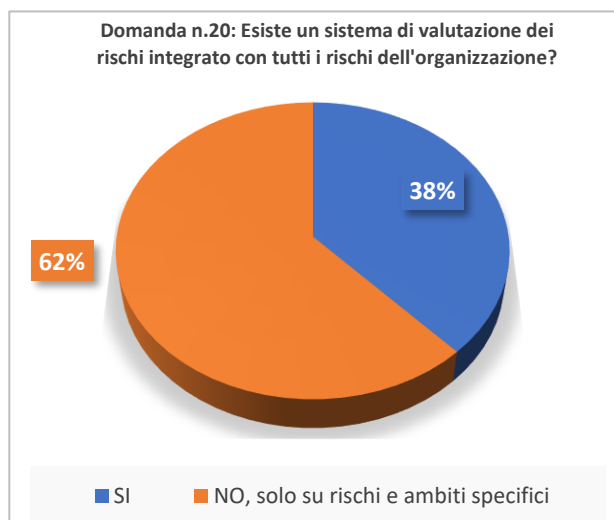


3.2 VALUTAZIONE DEI RISCHI

Principio 6 - Gli obiettivi dell'Ente/Società sono chiaramente definiti ed articolati a tutti i livelli dell'organizzazione (domande da n.21 a n.23)

Domanda n.21:

All'interno dell'Ente/Società esiste un sistema di valutazione dei rischi integrato che includa tutti i rischi dell'Organizzazione?

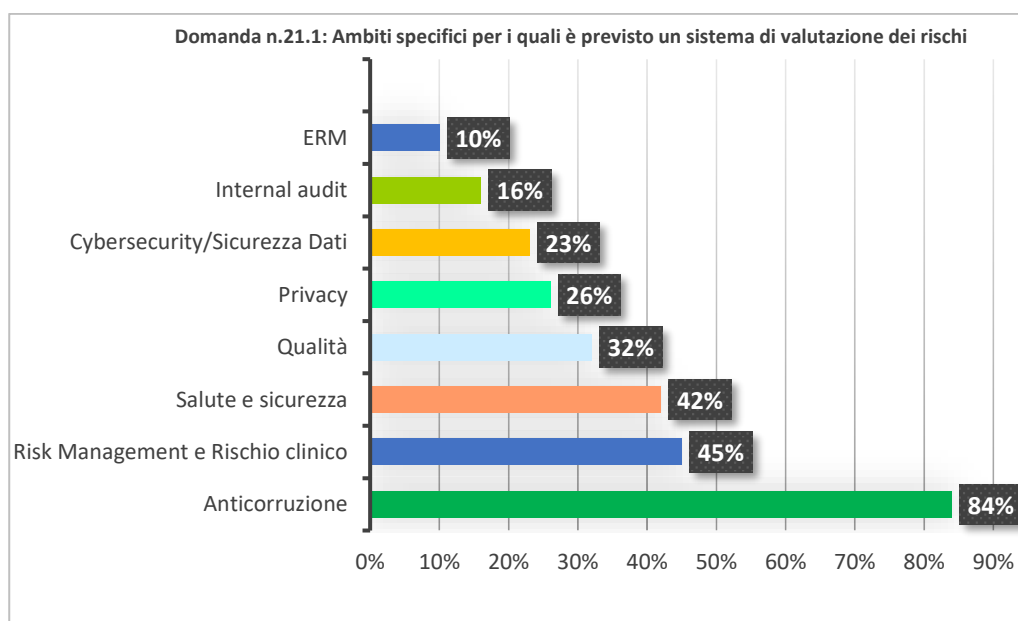


19 Enti (pari al 38%) hanno indicato che esiste all'interno dell'Ente un sistema di valutazione dei rischi integrato che include tutti i rischi dell'Organizzazione.

31 Enti, invece, hanno risposto che tale sistema di valutazione dei rischi risulta non integrato, ma sono previste solo valutazioni dei rischi su ambiti specifici. Gli Enti hanno fornito più indicazioni, riguardo agli ambiti specifici, quali:

- Anticorruzione (n.26);
- Risk Management e Rischio clinico (n.14);
- Salute e sicurezza (n.13);
- Qualità (n.10);
- Privacy (n.9);
- Cybersecurity/Sicurezza dati (n.6);
- Internal Audit (n.5);
- Enterprise Risk Management (progetto sperimentale con la DGW); (n.3)
- D.Lgs. 231/01. (n.2)

La percentuale è rapportata ai 31 Enti che hanno risposto "No, solo su rischi e ambiti specifici".

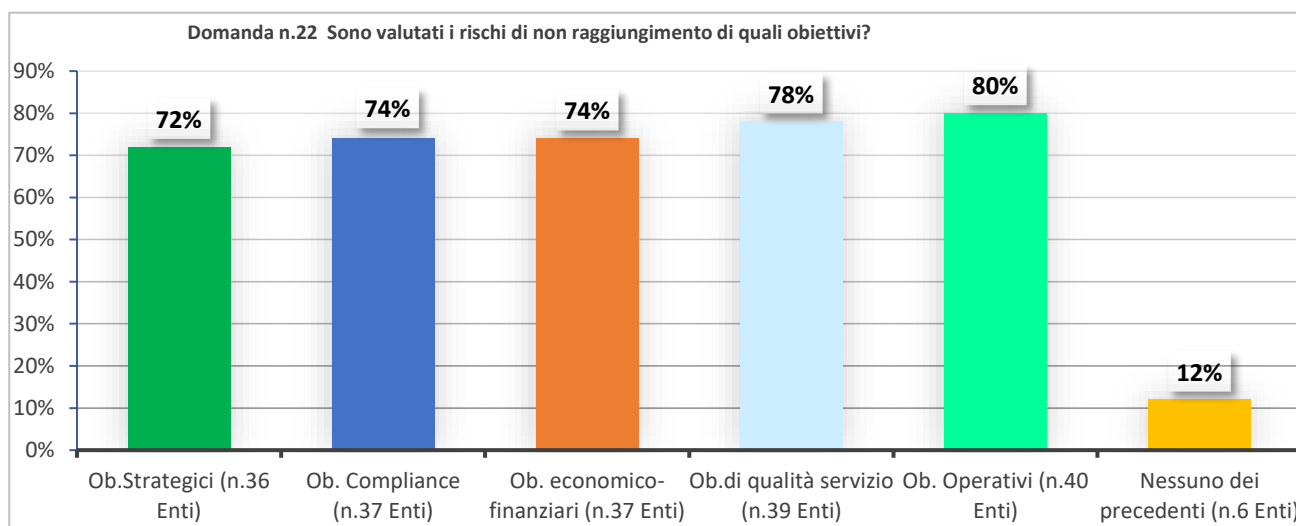


L'indicazione da parte di 19 Enti dell'esistenza, all'interno dell'Ente, di un sistema di valutazione che includa tutti i rischi dell'Organizzazione rappresenta un aspetto estremamente positivo in una visione unitaria dei processi, quale strumento per supportare il management nel processo decisionale e individuare i rischi dell'Ente/Azienda/Società che impattano sul raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi, con importanti ricadute in termini di miglioramento di efficacia, efficienza ed economicità.

Domanda n.22:

Nella valutazione dei rischi dell'Ente/Società, sono valutati i rischi di non raggiungimento di:

- obiettivi strategici;
- obiettivi di compliance;
- obiettivi economico-finanziari;
- obiettivi di qualità del servizio reso; obiettivi operativi (es. performance degli uffici, efficienza/efficacia degli strumenti, adeguatezza della struttura, etc);
- Nessuno delle precedenti.



A tale domanda, con risposta multipla, la maggioranza degli Enti ha indicato tutti gli obiettivi sopra elencati, considerato che la percentuale di frequenza, per ciascuno di essi, si attesta tra il 72% e l'80%. 6 Enti, invece, hanno indicato che la valutazione dei rischi non ha a riferimento nessuno degli obiettivi elencati.

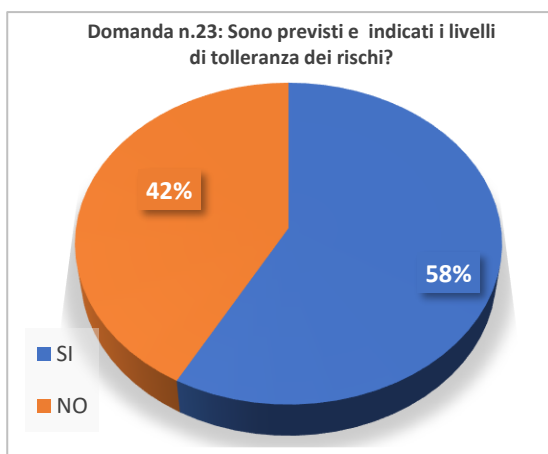
E' stato richiesto di indicare quale struttura/funzione/organismo prende in considerazione tali aspetti. Le risposte fornite risultano molto dettagliate ed elencano, per ciascun Ente, più funzioni/strutture, tra le quali figurano:

- Sistema gestione qualità (Obiettivi di qualità del servizio reso/compliance);
- Controllo di Gestione (Obiettivi strategici, operativi, economico finanziari e di compliance);
- Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (Obiettivi di Compliance);
- Internal Audit (Obiettivi Compliance o Obiettivi strategici);
- Risk Management e Rischio clinico;
- Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità/Direzione Amministrativa (Obiettivi Economico finanziari);

- Nucleo Valutazione Prestazioni (NVP)/Organismo Interno di Valutazione (OIV);
- Direzione Strategica/Direzione Sanitaria (Obiettivi strategici);
- Collegio dei Revisori/Collegio sindacale;
- Affari Generali e Legali (Obiettivi di compliance);
- Gestione risorse umane;
- Servizio di Prevenzione e Protezione (Obiettivi di Compliance);
- Direzione Generale/Consiglio di Amministrazione (n.4) (Obiettivi strategici);
- SC Gestione Acquisti/Provveditorato, RUP/Collegi Tecnici, Tecnico Patrimoniale;
- Collegio di Direzione/Direttori di struttura/Direttori Dipartimenti;
- DPO (Obiettivi di Compliance);
- Funzioni della I, II, III linea di difesa;
- Organismo di Vigilanza;
- SS Comunicazione e URP (Qualità del servizio reso).

Domanda n.23:

Per le valutazioni dei rischi di cui sopra, sia a livello di intera organizzazione sia a livello di ambiti specifici, sono previsti ed indicati i livelli di tolleranza dei rischi?



29 Enti specificano che sono previsti e indicati i livelli di tolleranza dei rischi, mentre 21 Enti precisano che tali livelli non sono definiti.

Ai 29 Enti che hanno risposto affermativamente è stato richiesto di specificare a quale valutazione (dei rischi) si fa riferimento. Si riportano di seguito le principali:

- Ambito anticorruzione/Rischi corruttivi (n.10);
- Qualità e Risk Management (n.9);
- DVR – Tutela sicurezza e salute dei lavoratori (n.6);
- Piano Performance – Pianificazione strategica (n.4);
- Privacy (n.3);
- Cybersecurity (n.2);
- Economico-Finanziario;
- Internal Audit.

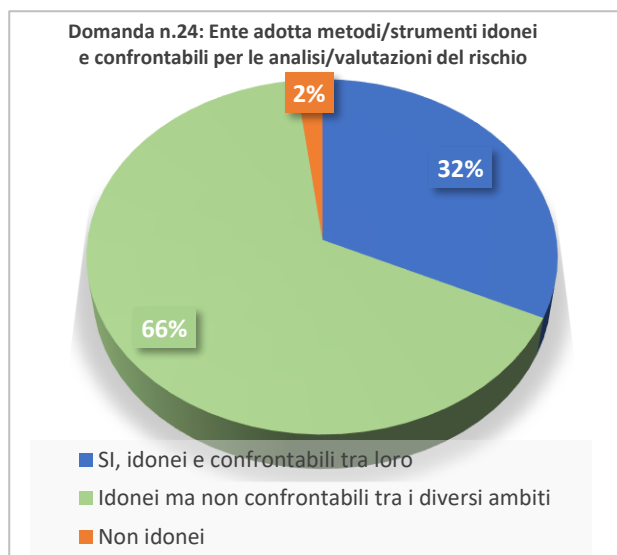
Riguardo ai sistemi di valutazione utilizzati alcuni Enti hanno indicato la metodologia utilizzata:

- Sistema di valutazione FMEA/FMECA;
- Matrici RACM per la definizione del grado di rischiosità;
- Metriche qualitative e quantitative;
- Classificazione dei rischi secondo scala risk core (accettabile/critico, rilevante);
- Settore del credito e della finanza, con i Regolamenti specifici e con il Documento di propensione al rischio.

Principio 7 – L’Ente/Società identifica i rischi connessi al raggiungimento dei propri obiettivi e valuta le modalità con cui sono gestiti (domande da n.24 a n.28)

Domanda n.24:

L’Ente/Società adotta metodi e strumenti idonei e confrontabili tra di loro per le analisi e valutazione del rischio?



16 Enti hanno indicato di aver adottato metodi e strumenti idonei e confrontabili tra loro per le analisi e valutazione dei rischi.

33 Enti, invece, dichiarano che tali strumenti risultano idonei, ma non sono confrontabili tra i diversi ambiti.

Un unico Ente, invece, dichiara che i metodi/strumenti per le analisi e valutazione dei rischi non sono idonei.

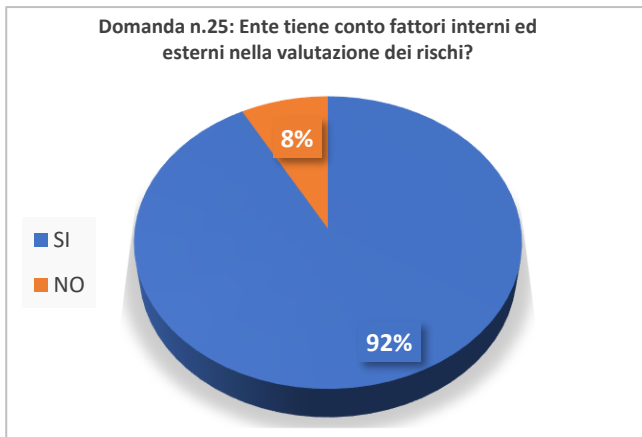
Tali risultati risultano in linea con la domanda n.21, laddove 19 Enti hanno indicato che esiste un sistema di valutazione dei rischi integrato che

include tutti i rischi dell’organizzazione, mentre 31 specificano di aver previsto valutazioni solo su ambiti specifici.

Domanda n.25:

L’Ente/Società tiene in considerazione i fattori sia interni che esterni che possono impattare sul raggiungimento degli obiettivi nella valutazione dei rischi? (specificare a quale valutazione dei rischi si fa riferimento)

GLOSSARIO		FONTI
Fattori interni	Fattori interni all’Ente/Società che possono influenzare la capacità di raggiungere i suoi obiettivi, definiti dai dirigenti, dal vertice politico o dallo statuto dell’Ente/Società.	INTOSAI, (2004). 9100–Guidelines for Internal Control Standards for the Public Sector. INTOSAI Professional Standards Committee, Vienna, Austria.
Fattori esterni	Fattori al di fuori dell’influenza dell’Ente/Società che possono influenzare la capacità di raggiungere i suoi obiettivi, come per esempio la normativa vigente.	International Federation of Accountants, & Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. (2014). International framework: Good governance in the public sector.



46 Enti indicano che nella valutazione dei rischi si tiene conto dei fattori interni ed esterni che possono impattare sul raggiungimento degli obiettivi, mentre 4 Enti rispondono negativamente.

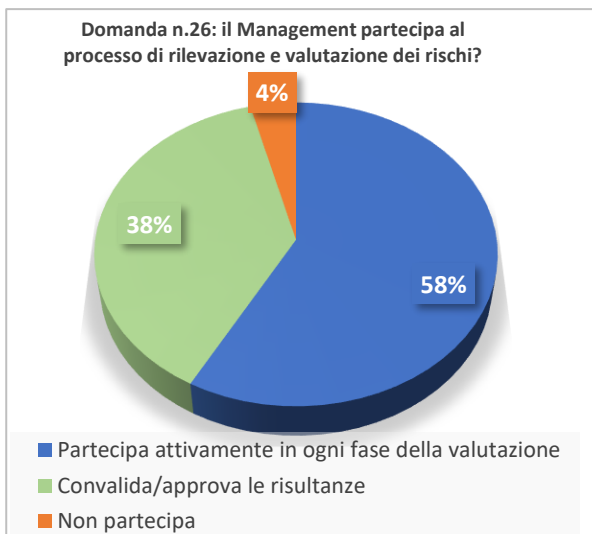
Gli ambiti, indicati dai 46 Enti, risultano essere principalmente:

- Ambito Anticorruzione (n. 32)
- Sistema gestione qualità (n.16)
- Risk Management e Rischio Clinico (n.10)

- Internal Audit (n.7)
- Responsabile protezione dati, Ufficio privacy (n.5)
- Safety/RSPP/DVR/Tutela sicurezza lavoratori (n.5)
- Sistemi informativi/cybersecurity (n.4)
- MOGC D.Lgs. 231/01 (n.4)

Domanda n.26:

Il management partecipa al processo di rilevazione e valutazione dei rischi?



29 Enti dichiarano che il management partecipa attivamente al processo di rilevazione e valutazione dei rischi (dall'inizio alla fine).

19 Enti indicano che il management convalida/approva le risultanze, mentre per 2 Enti il management **non** partecipa a tale processo di rilevazione e valutazione del rischio.

È stato chiesto, agli Enti che hanno fornito le risposte "Partecipa attivamente" o "Convalida/approva", di specificare riguardo a quale valutazione del rischio. Nella elencazione che segue è stato riportato, tra parentesi, sia la frequenza cumulata,

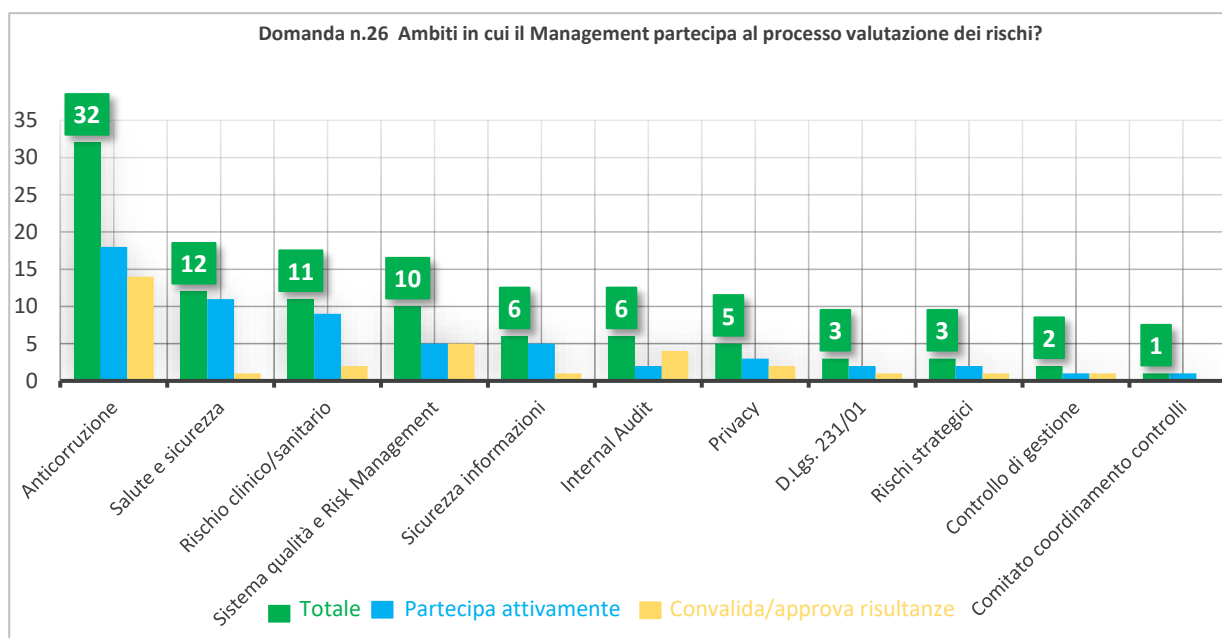
che quella distinta per ciascuna tipologia di risposta:

- Anticorruzione (tot.32: partecipa n.18, convalida n.14)
- Salute e sicurezza/DVR (tot.12: partecipa n.11, convalida n.1)
- Rischio clinico/sanitario (tot. 11: partecipa n.9, convalida n.2)
- Sistema qualità e Risk Management (tot.10: partecipa n.5, convalida n.5)
- Sicurezza informazioni/Frodi informatiche (tot.6: partecipa n.5, convalida n.1)
- Per tutte le tipologie di valutazione dei rischi effettuate (tot.6 partecipa n.4, convalida n.2)
- Internal Audit (tot.6: partecipa n.2, convalida n.4)
- Privacy (tot. 5: partecipa n.3, convalida n.2)
- Risk Management (tot.4: partecipa n.1, convalida n.3)
- D.Lgs. 231/01 (tot. 3: partecipa n.2, convalida n.1)

- Rischi strategici (tot. 3: partecipa n.2, convalida n.1)
- Rischi obiettivi economico finanziari, (tot 3: partecipa n.1, convalida n.2)
- Controllo di gestione (tot.2: partecipa n.1, convalida n.1)
- Comitato di Coordinamento dei Controlli (partecipa n.1).

Riguardo alle casistiche riferite a “il management convalida/approva le risultanze” alcuni Enti hanno specificato che: le rendicontazioni annuali prodotte dagli organi di controllo e/o le mappature dei rischi sono sottoposti alla Direzione a consuntivo; il vertice aziendale partecipa all’ultima fase di rilevazione e valutazione dei rischi richiedendo eventualmente specifiche o approfondimenti e convalidando le risultanze con atti formali; il management viene aggiornato nel corso dell’esercizio sulle analisi svolte dai diversi soggetti deputati ad effettuare i controlli.

Nel grafico seguente sono rappresentate le frequenze per ciascun ambito indicato. Oltre alla somma complessiva (in verde) è stata riportata anche la suddivisione, per risposta, ovvero “il management partecipa attivamente” (in azzurro) o, invece, “convalida/approva le risultanze” (in giallo).



Impossibile non osservare come dalle risposte fornite dagli Enti emerga chiaramente che l’analisi dei rischi è effettuata in maniera completa, coinvolgendo anche il management, prevalentemente per i processi per i quali leggi di settore lo richiedano in maniera specifica. Tale considerazione è coerente con la mission istituzionale che caratterizza le Pubbliche Amministrazioni, chiamate ad esprimere l’esercizio delle proprie funzioni in attuazione della legge.

Cionondimeno, è evidente come l’analisi dei rischi sia l’elemento organizzativo indispensabile al conseguimento di ogni obiettivo. Non a caso la Corte dei Conti – Sezione delle Autonomie, nella Delibera 15/2022, in attuazione del DL 174/2012 (articolo 1, comma, 6) evidenzia come “La verifica dell’effettiva concretizzazione degli obiettivi è resa possibile dalla presenza di un sistema integrato di controlli, in grado di monitorare le attività, di supportare le decisioni politiche nonché di fornire, in tempo utile, le informazioni necessarie per l’eventuale correzione di rotta dell’azione amministrativa [...] in funzione di una Amministrazione più orientata verso il cittadino e concepita come un servizio”.

Si può quindi rilevare come l'attività di controllo, avendo lo scopo ultimo di assicurare la mitigazione dei rischi connessi al raggiungimento degli obiettivi dell'Ente, non può essere agita in maniera efficace senza una preventiva ed attenta valutazione dei rischi, potendosi pertanto proporre una interpretazione coordinata delle disposizioni vigenti in materia di controlli, tale per cui il naturale presupposto sia quello di disporre di un'attenta analisi dei rischi, applicando a tal fine gli standard riconosciuti e applicati a livello internazionale, quali l'Enterprise Risk Management Framework – ERM o ancora l'UNI ISO 31000:2010, individuato proprio come standard di riferimento, per la predisposizione dei piani di prevenzione della corruzione in attuazione della legge 190/2012.

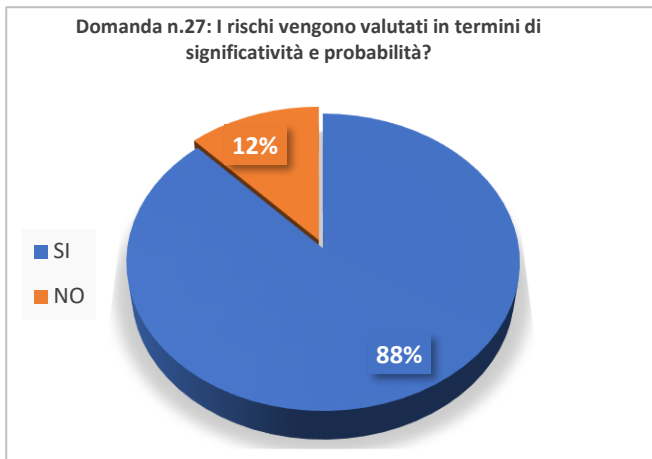
Questi principi e valori metodologici, ormai conosciuti e utilizzati nella Pubblica Amministrazione in attuazione della normativa vigente in materia di trasparenza e anticorruzione, devono essere estesi e tenuti in considerazione quale premessa nella costruzione dei **sistemi integrati di controllo**, a supporto della pianificazione strategica e operativa e alla definizione dei relativi obiettivi, da ultimo rinvigoriti in termini di visione strategica dalla recente normativa che ha introdotto i Piani Integrati di Attività e Organizzazione, dedicando particolare attenzione al Valore Pubblico.

Una visione integrata dei rischi aziendali risulta estremamente importante, anche in considerazione del contesto esterno degli ultimi anni, caratterizzato da situazioni emergenziali o imprevedibili, che hanno impattato significativamente sulle attività aziendali, rendendo prioritaria la ridefinizione della programmazione e delle modalità operative, con conseguente revisione delle procedure di controllo atte a fronteggiare le nuove tipologie di rischio. L'analisi combinata e unitaria dei rischi agevola il processo di adeguamento dell'organizzazione e dei sistemi di controllo al fine di mitigare gli effetti avversi.

Domanda n.27:

I rischi vengono valutati in termini di significatività e probabilità di accadimento?

GLOSSARIO		FONTI
Significatività	Il livello di un determinato rischio rispetto al «risk appetite» dell'Ente/Società, ovvero la quantità di rischio a cui l'Ente/Società è disposto ad esporsi prima di ritenere necessario un intervento.	International Federation of Accountants, & Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. (2014). International framework: Good governance in the public sector.
Probabilità	La valutazione della frequenza con cui il rischio si manifesta, o il grado di incertezza legato ad esso. La miglior valutazione della frequenza dovrebbe essere basata sull'esperienza e sulla capacità di giudizio (giudizio professionale).	Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2021). Manuale delle procedure di audit 2014-2020 Versione 7.1 Regione Lombardia, Università Bicocca, Protiviti Government Services. (2021). Il Sistema di controllo interno nel settore pubblico. Un modello di Control Governance per la Pubblica Amministrazione.



44 Enti indicano che i rischi vengono valutati in termini di significatività e impatto, mentre 6 hanno risposto negativamente.

Agli Enti che dichiarano di non valutare i rischi in termini di significatività e impatto è stato richiesto di specificare il metodo alternativo con cui vengono valutati e a quale valutazione dei rischi si fa riferimento. Le risposte fornite risultano essere:

- Progetto pilota ERM con Regione Lombardia per la definizione del risk appetite;
- Valutazione del rischio secondo le indicazioni fornite dal PNA in termini qualitativi tenendo conto di molteplici criteri: sistemi dei controlli in essere, livello interesse esterno, grado di discrezionalità del decisore interno, manifestazione di eventi corruttivi anni precedenti, opacità processo decisionale. Dopo la valutazione dei risultati in termini qualitativi può essere prevista un'apposita sezione di approfondimento (workshop interno) in cui declinare eventi di rischio specifici, e valutati secondo la metodologia secondo gli standard internazionali, intesa come probabilità e impatto;
- Un ente ha dichiarato che i rischi **non** vengono valutati.

Gli Enti che hanno dichiarato, invece, di valutare i rischi in termini di significatività e probabilità, hanno specificato principalmente le seguenti tipologie di rischi/ambiti a cui si fa riferimento:

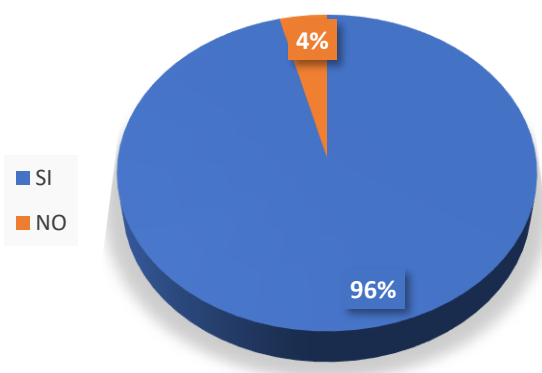
- Anticorruzione
- Sistema Qualità
- Risk management
- Rischio clinico/attività sanitaria
- Sicurezza luoghi lavoro
- Sicurezza informatica
- Internal Audit
- Privacy
- D.Lgs. 231/01
- Economico-Finanziario/Controllo di Gestione.

È stata indicata, da parte di alcuni Enti, la metodologia utilizzata per la valutazione dei rischi, quali: Matrice rischi RACM o HFMEA; Metodologia FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) per l'ambito ISO e Risk Management; Valutazione rischi secondo il PNA 2019.

Domanda n.28:

L'attività di valutazione dei rischi prevede anche la rilevazione delle modalità di gestione del rischio?

Domanda n.28: Attività di valutazione del rischio prevede anche la rilevazione delle modalità di gestione del rischio?



- Internal Audit (n.9)
- Rischio clinico (n.8)
- Risk management (n.7)
- Privacy (n.7)
- Sicurezza informatica (n.5)
- MOGC 231/01 (n.4)

Alcuni Enti hanno risposto genericamente che la valutazione dei rischi fa riferimento a tutte le procedure in essere o che è svolta nell'ambito delle singole strutture. Sono menzionate, inoltre, le metodologie nell'ambito delle quali vengono rilevate anche le modalità di gestione del rischio: "Metodologia FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis); Progetto ERM Regione Lombardia; PNA 2019; COSO framework.

48 Enti indicano che l'attività di valutazione dei rischi prevede anche la rilevazione delle modalità di gestione del rischio. 2 Enti hanno, invece, risposto negativamente.

Gli Enti hanno specificato, tra le valutazioni dei rischi a cui si fa riferimento, principalmente le seguenti :

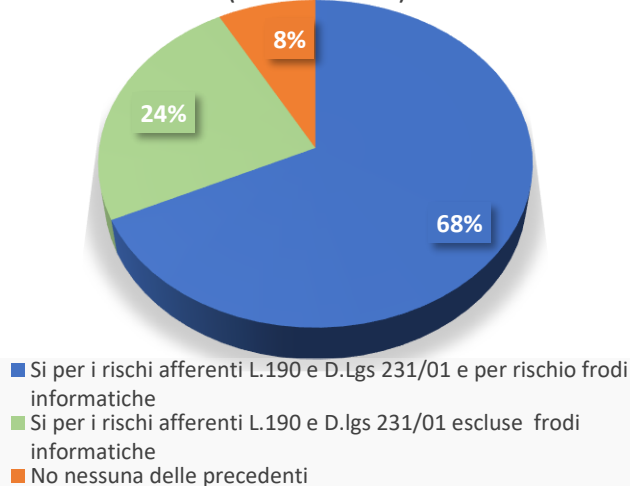
- RPCT/PTPCT (n.27)
- Sistema Qualità/ISO (n.14)
- Servizio Prevenzione e Protezione (n.12)

Principio 8 – L'Ente/Società considera il rischio di frode nell'ambito delle attività di valutazione del rischio (domanda n.29)

Domanda n.29:

I modelli/sistemi di identificazione e valutazione del rischio utilizzati dall'Ente/Società, prendono in considerazione l'identificazione e valutazione del rischio di frode (interna e/o esterna), incluse le frodi informatiche?

Domanda n.29: Valutazione dei rischi ricompresi i rischi frode (interna ed esterna)?



34 Enti riferiscono che i modelli/sistemi utilizzati prendono in considerazione l'identificazione e valutazione del rischio di frode, per gli ambiti della Legge n.190/2012 e D.Lgs.231/2001, incluse le frodi informatiche.

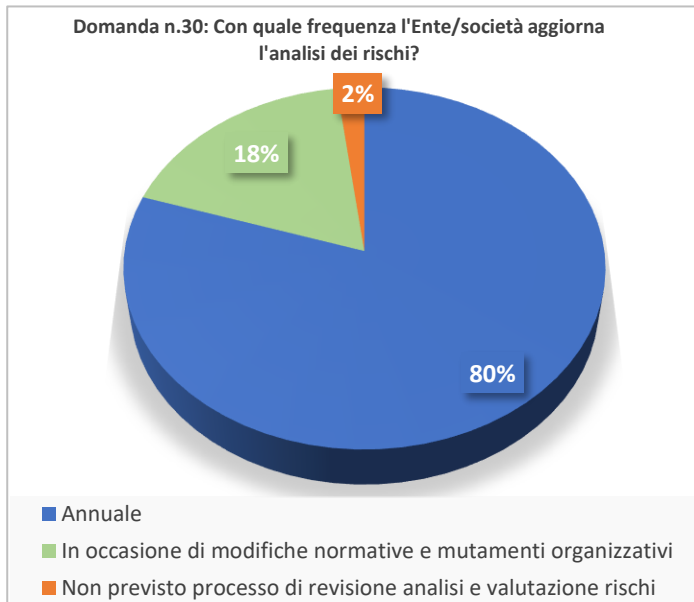
12 Enti indicano che i modelli/sistemi identificano e valutano il rischio di frode, ma non tengono conto delle frodi informatiche.

4 Enti rispondono di **non avere** tali sistemi. Di questi, un Ente specifica che la mappatura del rischio frode sarà effettuata nel corso del 2023.

Principio 9 – L’Ente/Società identifica e valuta i cambiamenti che potrebbero avere un impatto significativo sul sistema di controllo interno (domanda da n.30)

Domanda n.30:

Con quale frequenza l'Ente/Società aggiorna l'analisi e valutazione del rischio?



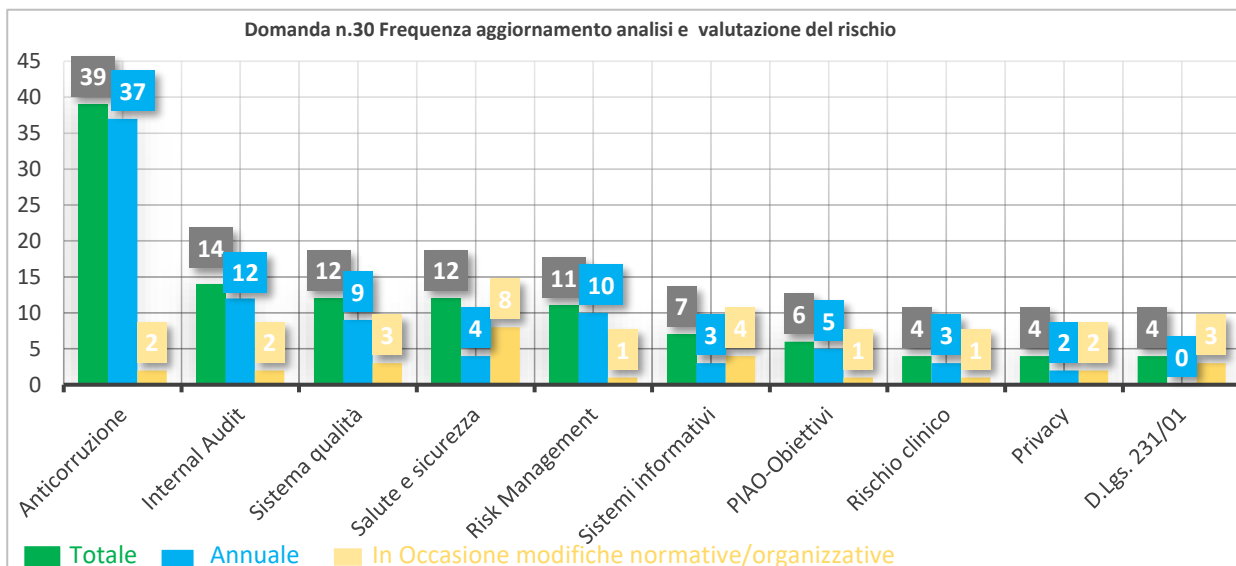
40 Enti riportano che la valutazione dei rischi è effettuata con cadenza annuale.

9 Enti riferiscono di aggiornare la valutazione dei rischi in occasione di modifiche normative e mutamenti organizzativi/di governance che impattano sul raggiungimento degli obiettivi.

1 Ente indica che non è previsto un processo di revisione dell'analisi e valutazione dei rischi.

Riguardo alla tipologia di valutazione del rischio a cui si fa riferimento, gli Enti hanno fornito principalmente le seguenti risposte:

- Anticorruzione e Trasparenza (Tot. 39: Annuale n.37; in occasione modifiche n.2)
- Internal Audit (Tot. 14: Annuale n.12; in occasione di audit programmati n.2)
- Sistema Qualità (Tot. 12: Annuale n.9, In occasione modifiche n.3)
- Salute e sicurezza (Tot. 12 Annuale: n.4; In occasione modifiche n.8)
- Risk Management (Tot. 11 Annuale n.10; In occasione modifiche n.1)
- Sistemi informativi/Cybersecurity (Tot. 7 Annuale n.3; In occasione modifiche n.4)
- PIAO; Obiettivi Aziendali (Tot. 6: Annuale n.5; In occasione modifiche n.1)
- Rischio clinico (Tot.4: Annuale n.3; In occasione modifiche n.1)
- Privacy (Tot. 4: Annuale, n.2 In occasione modifiche n.2)
- MOGC ex. D.Lgs. 231/01 (Tot. 3: In occasione modifiche n.4)

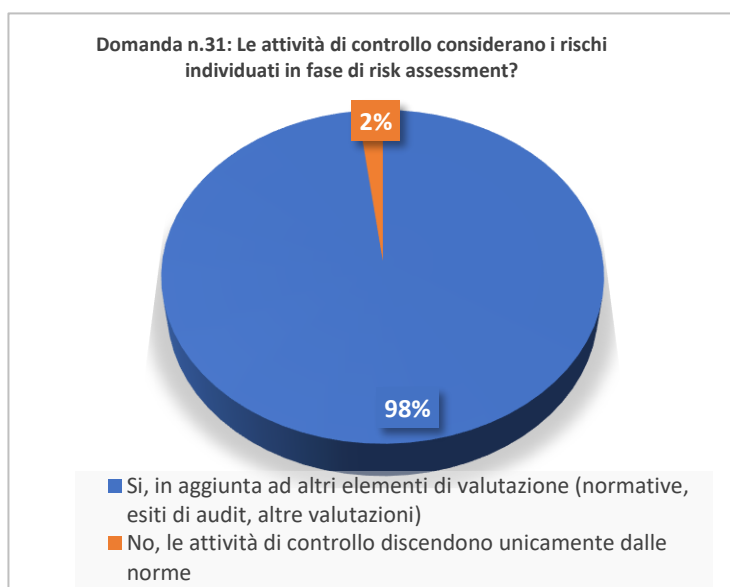


3.3 ATTIVITA' DI CONTROLLO

Principio 10 – L'Ente/Società identifica, valuta e sviluppa le attività di controllo associandole ai rischi identificati (domande n.31-32)

Domanda n.31:

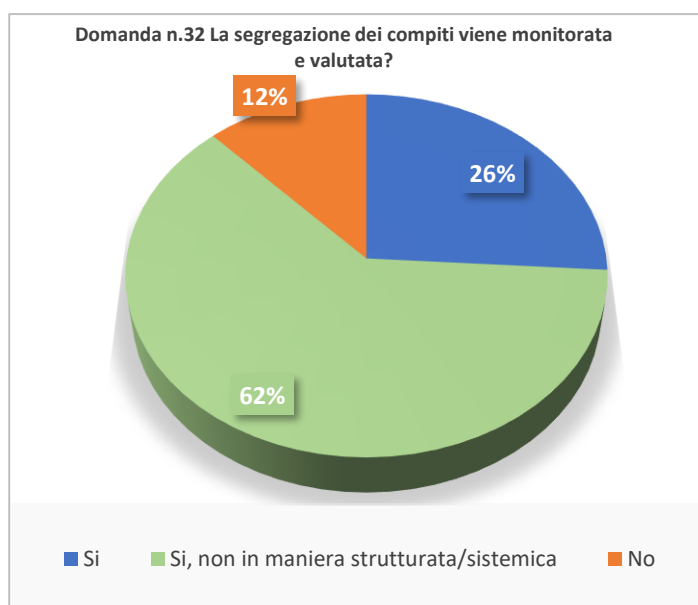
Le attività di controllo considerano i rischi individuati in fase di risk assessment?



49 Enti indicano che le attività di controllo tengono conto dei rischi individuati in fase di risk assessment, in aggiunta ad altri elementi di valutazione (normative, esiti di audit, altre valutazioni). Un Ente, invece, specifica che le attività discendono unicamente dalle norme.

Domanda n.32:

La segregazione dei compiti viene monitorata e valutata?



13 Enti indicano che la segregazione viene monitorata e valutata.

31 Enti ritengono che, pur essendo monitorata/valutata, tale attività non è effettuata in maniera strutturata, sistematica.

6 Enti hanno invece risposto negativamente.

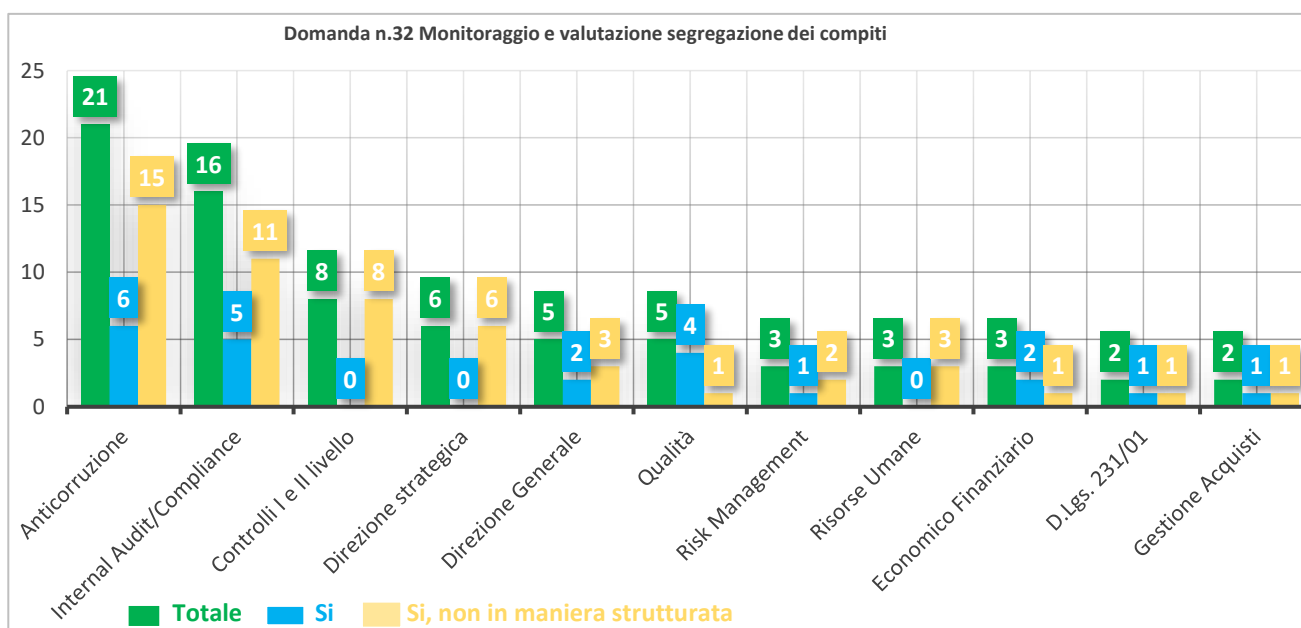
Si evidenzia che la segregazione dei compiti rappresenta uno dei principi basilari per una corretta implementazione del Sistema di Controllo Interno, in quanto consente di suddividere le attività del processo/procedimento (es. operative,

amministrativo-contabili, autorizzative) tra più soggetti così da ridurre il rischio sotteso alla concentrazione in un'unica persona di attività/responsabilità ritenute incompatibili, a rischio frodi o errori.

Solo il 26% ha indicato che tale attività è svolta sistematicamente, mentre nei restanti enti è svolta in maniera non strutturata (62%) o non è svolta (12%).

Si riportano, di seguito, le principali funzioni/strutture/organismi indicati dagli Enti che si dedicano al monitoraggio/valutazione della segregazione dei compiti, specificando se tale attività è svolta in maniera sistematica o meno.

- Anticorruzione-RPCT (tot. 21: si n.6, non sistematica n.15,)
- Internal Audit -RIA/Compliance (tot. 16: si n.5, non sistematica n.11)
- Ciascun organo di controllo di I livello (process owner) e II livello (non sistematica n.8)
- Direzione strategica (non sistematica n.6)
- Direzione Generale (tot n.5: si n.2, non sistematica n.3)
- Qualità (tot. n.5: si, n.4, non sistematica n.1)
- Risk Management (tot. n.3: si n.1, non sistematica n.2,)
- Risorse Umane (non sistematica n.4)
- Economico Finanziario (tot. n.3: si n.2, non sistematica n.1)
- D.Lgs 231/01/odv (tot 2: si, n.1, non sistematica n.1)
- Gestione Acquisti (tot. n.2: non sistematica n.1, si n.1)



Dall'esame delle risposte emerge una concentrazione riguardo all'ambito Anticorruzione, e in particolare con riferimento ai processi maggiormente a rischio in tale ambito, quali: acquisti/appalti; gestione dei contratti; economico-finanziario; personale; etc. Gli Enti sottolineano come la segregazione di compiti sia una misura di prevenzione della corruzione.

È specificato, inoltre, da parte degli enti sanitari che, per l'esame dei processi a rischio e la verifica procedimentale della segregazione si fa riferimento alle procedure PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità) che normano tali aspetti.

Riguardo all'Internal Audit viene evidenziato che tale monitoraggio è effettuato in primo luogo nello svolgimento delle attività di audit.

Ricorre nelle risposte, inoltre, la specifica che ciascun responsabile di struttura (process owner) di primo e secondo livello, nell'ambito di competenza, è tenuto ad effettuare tale tipo di verifica.

La segregazione dei compiti rappresenta un principio di fondamentale importanza per la definizione di un adeguato sistema di controllo interno. Di tale principio si deve tener conto, in primo luogo, in sede di disegno dei processi organizzativi e sistematicamente monitorato e valutato da parte dei process owners e dalle strutture di controllo.

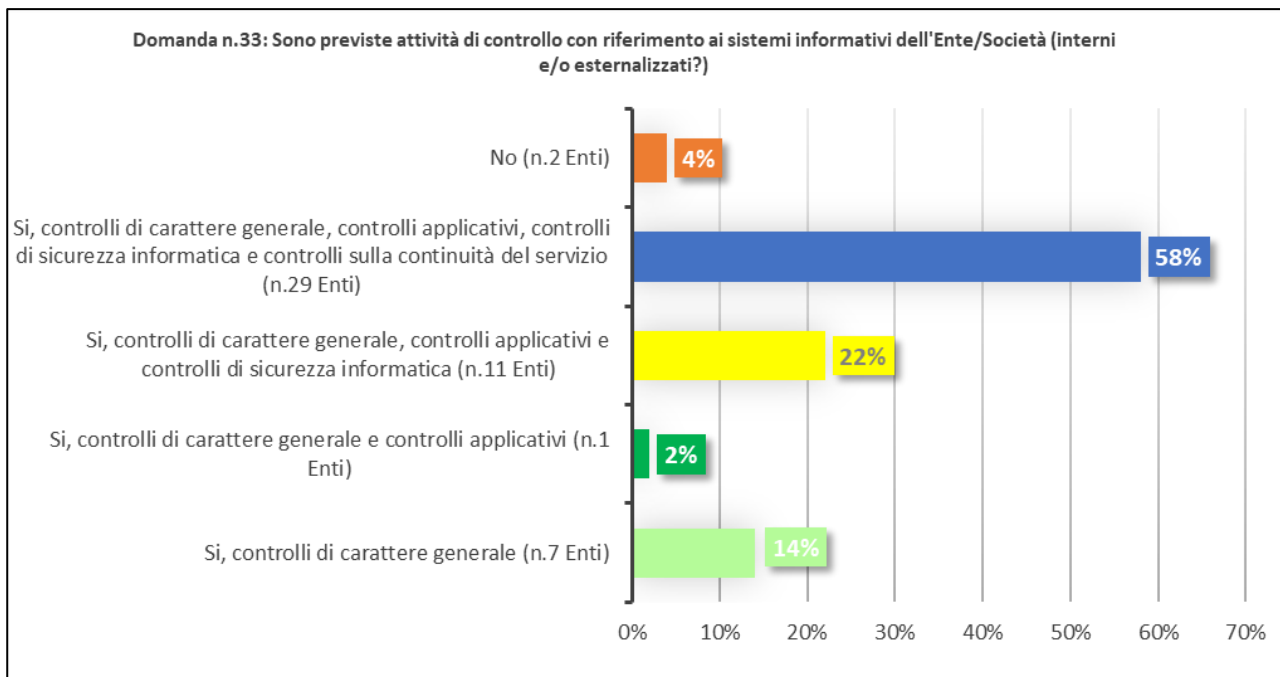
Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 sottolinea che, laddove “non sia possibile utilizzare la rotazione “ordinaria” come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi. A titolo esemplificativo si ricordano: la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività; l'articolazione delle competenze, c.d. “**segregazione delle funzioni**”.

Principio 11 – L'Ente/Società seleziona e sviluppa attività di controllo generale sulla tecnologia (domanda n.33)

Domanda n.33:

Sono previste attività di controllo con riferimento ai sistemi informativi dell'Ente/Società (interni e/o esternalizzati)?

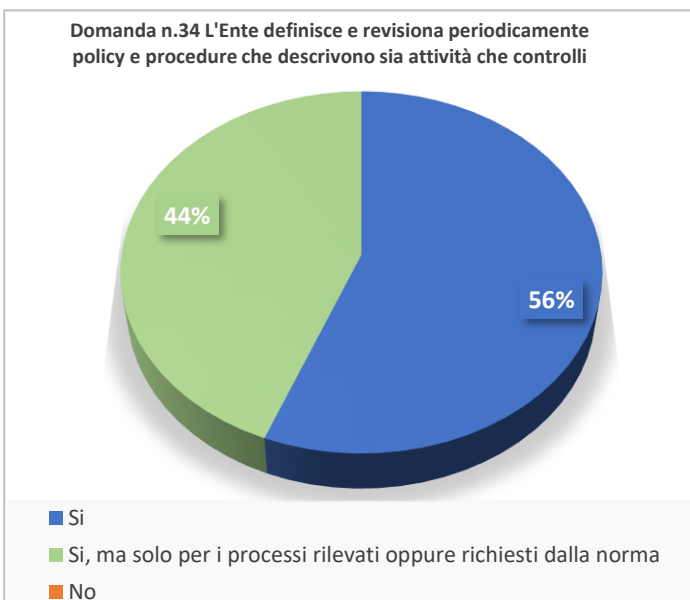
GLOSSARIO		FONTI
Controlli generali IT (ITGC)	Controlli che si riferiscono all'ambiente in cui i sistemi informatici sono sviluppati, mantenuti e gestiti, e che quindi sono realizzabili in riferimento a tutti i sistemi applicativi. Hanno come obiettivo quello di garantire il corretto sviluppo e l'implementazione degli applicativi, oltre che l'integrità dei file di programma, dei dati e delle operazioni informatiche. Ad esempio: strategia di cybersecurity, separazione delle funzioni, prevenzione di danni;	System Audit & Control Association (ISACA) Interactive Glossary https://www.isaca.org/-/media/files/isacadp/project/isaca/resources/glossary/glossary.pdf
Controlli applicativi	Misure, procedure e attività poste in essere per garantire il raggiungimento degli obiettivi associati a una determinata soluzione automatizzata (sistema applicativo);	
Controlli di sicurezza informatica	Controlli legati all'architettura della sicurezza informatica, che descrive la struttura, i componenti e la topologia (connessioni e layout) dei controlli di sicurezza all'interno dell'infrastruttura IT di un'azienda;	
Controlli sulla continuità del servizio	Controlli atti a garantire che, in caso di eventi imprevisti, le operazioni fondamentali continuino senza interruzioni o siano prontamente ripristinate e che i dati sensibili ed essenziali siano protetti.	INTOSAI, (2004). 9100–Guidelines for Internal Control Standards for the Public Sector.



Principio 12 – L'Ente/Società implementa le attività di controllo attraverso politiche e procedure (domanda n.34-36)

Domanda n.34:

L'Ente/Società definisce e revisiona periodicamente policy e procedure che descrivono sia le attività che i controlli da implementare?



Il 100% degli Enti ha risposto affermativamente, ovvero che l'Ente definisce e revisiona policy e procedure, fornendo, però, un distinguo.

Nello specifico, il 44%, pari a n.22 Enti, indica che tale processo di definizione e aggiornamento, seppur effettuato, sussiste **solo** per i processi rilevanti, oppure richiesti dalla norma.

Riguardo a questi ultimi, i 22 Enti hanno indicato alcuni dei processi più rilevanti e/o richiesti dalle norme:

- Processi mappati nel Piano Triennale Corruzione e Trasparenza;

- Sicurezza;
- Ciclo acquisti/passivo ed esecuzione lavori;
- Per i processi certificati nell'ambito Sistema Qualità;
- Procedure in materia Privacy;

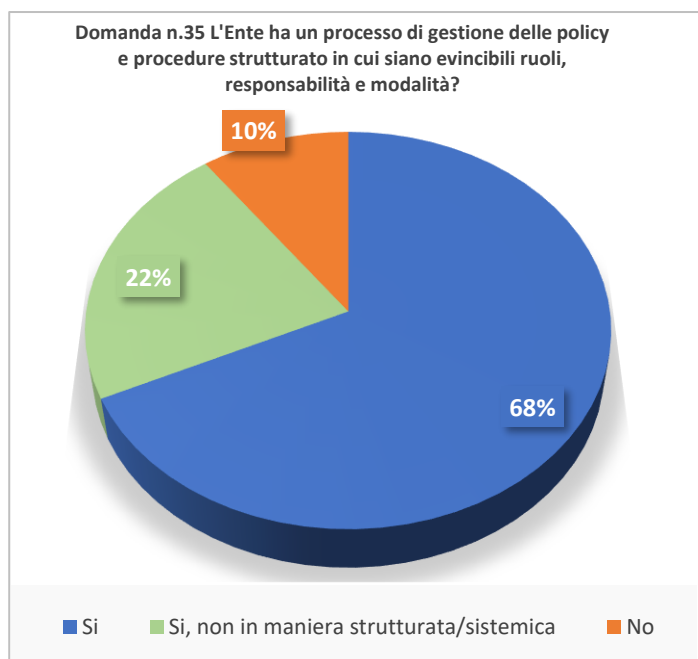
- Processi regolamentati da procedure PAC (per gli Enti sanitari): es. Immobilizzazioni, Rimanenze, Patrimonio Netto, Crediti e Ricavi, Disponibilità, Debiti e Costi;
- Internal Audit;
- Rischio Clinico;
- Ciclo Personale;
- Altri: Vendite (ALER), Libera Professione, Sperimentazioni, Processi di budget, Accreditamento, Processi core di igiene e prevenzione sanitaria, veterinaria, farmaceutica, PAAPSS, Radioprotezione.

Il sistema di policy/procedure deve necessariamente essere monitorato e aggiornato al fine di rappresentare un efficace strumento di riferimento interno. Tali policy/procedure devono essere strutturate in modo tale che siano chiaramente identificati ruoli e responsabilità (si sottolinea l'importanza del "principio dell'accountability"), nonché le modalità di svolgimento delle attività.

L'art.7 comma 4 del D.Lgs. 231/01, in tema di Disciplina di Responsabilità Amministrativa degli Enti, specifica che "L'efficace attuazione del modello richiede: a) una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività; b) un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello".

Domanda n.35:

L'Ente/Società ha un processo di gestione delle policy e procedure strutturato in cui siano evincibili ruoli, responsabilità e modalità?



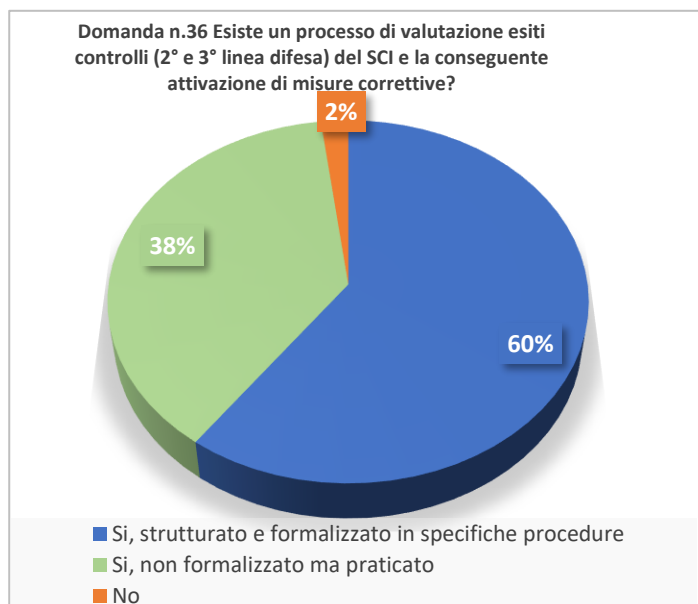
34 Enti dichiarano che l'Ente ha un processo di gestione delle policy/procedure strutturato in cui sono evincibili, responsabilità e modalità.

11 Enti, pur dichiarandone l'esistenza, specificano che tale processo di gestione di policy/procedure non è formalizzato.

5 Enti, invece, pari al 10% del totale, dichiara come tale processo **non** sia presente.

Domanda n.36:

Esiste un processo di valutazione degli esiti dei controlli (della seconda e terza linea di difesa) del SCI e di conseguente attivazione di misure correttive rispetto alle problematiche riscontrate?



30 Enti, pari al 60% del totale, dichiarano che esiste un processo di valutazione degli esiti dei controlli – riferito alla 2° o 3° linea di difesa – del Sistema di Controllo Interno con la conseguente attivazione di misure correttive nel caso siano riscontrate delle problematiche.

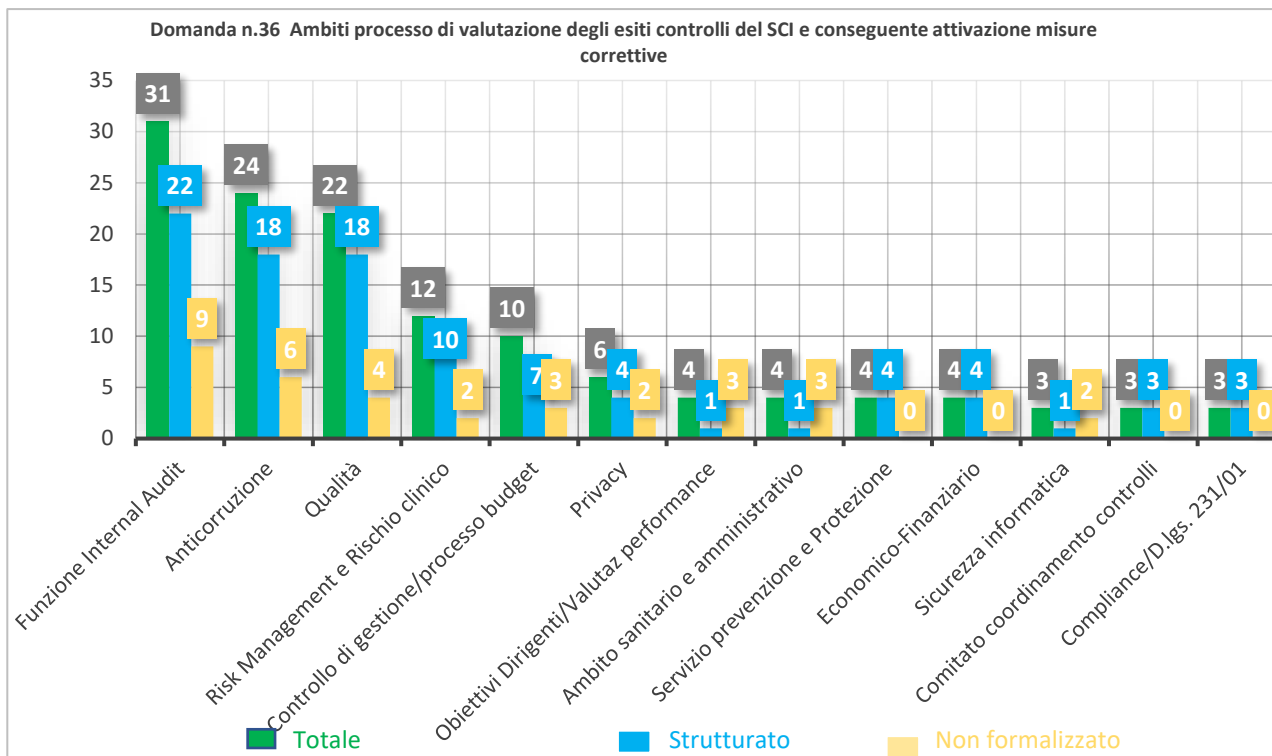
19 Enti dichiarano che tale processo, seppur non formalizzato, viene ad ogni modo praticato.

1 Ente invece ha risposto **negativamente**.

È stato chiesto di specificare, in caso di risposta positiva (piena o parziale), i relativi ambiti. Di seguito vengono riportate le

principali risultanze suddivise per tipologia di risposta fornita.

- Funzione Internal Audit (tot. 31: si strutturato n.22; si non formalizzato n.9)
- Anticorruzione (tot. 24: si strutturato n.18; si non formalizzato n.6)
- Qualità (tot. 22: si strutturato n.18; si non formalizzato n.4)
- Risk Management e Rischio Clinico (tot. 12: si strutturato n.10; si non formalizzato n.2)
- Controllo di gestione/processo di budget (tot. 10: si strutturato n.7; si non formalizzato n.3)
- Privacy (tot. 06: si strutturato n.4; si non formalizzato n.2)
- Obiettivi dei Dirigenti – Valutazione della performance (tot. 4: si strutturato n.1; si non formalizzato n.3)
- Ambito sanitario e amministrativo (tot. 04: si strutturato n.1; si non formalizzato n.3)
- Economico-Finanziario (tot. 04: si strutturato n.4)
- Servizio Prevenzione e Protezione (tot. 04: si strutturato n.4)
- Sicurezza informatica (tot. 03: si strutturato n.1; si non formalizzato n.2)
- Comitato di coordinamento dei controlli aziendale (tot. 3: si strutturato n.3)
- Compliance/D.Lgs. 231/01 (tot. 3: si strutturato n.3).



L'Organismo sottolinea l'importanza della gestione degli esiti dei controlli garantendo l'attivazione, nei **tempi** e **modi definiti**, delle azioni correttive individuate rispetto alle problematiche riscontrate. Per ciascuna azione correttiva è indispensabile l'individuazione dell'owner e l'effettuazione degli opportuni monitoraggi volti a verificarne la corretta implementazione da parte del Responsabile.

Come già ribadito in precedenza, per gli Enti sanitari è fondamentale il ruolo che il Comitato di Coordinamento dei Controlli può svolgere nella fase di valutazione degli esiti dei controlli delle strutture di II e III livello e nel monitoraggio dell'implementazione delle misure correttive.

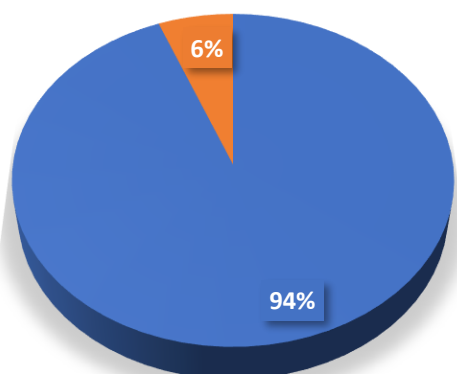
3.4 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Principio 13 – L'Ente/Società dispone di una base di informazioni completa e attendibile per supportare il funzionamento del Sistema di Controllo Interno (domande n.37-39)

Domanda n.37:

Le strutture/funzioni/organismi di controllo dispongono delle informazioni aziendali necessarie per espletare in modo efficace ed efficiente i propri controlli? (es: esiti di controlli passati, soggetti deputati al controllo, modifiche al sistema di gestione, modifiche normative e organizzative, ecc.)

Domanda n.37: Le strutture di controllo dispongono delle informazioni necessarie per l'espletamento efficace ed efficiente dei propri controlli?



Per 47 Enti le proprie strutture di controllo dispongono delle informazioni aziendali necessarie per l'espletamento efficace ed efficiente dei propri controlli.

3 Enti, invece hanno risposto **negativamente**.

Riguardo agli Enti che hanno risposto positivamente è stato chiesto di specificare in quali ambiti. Si riportano di seguito quelli a maggior frequenza riscontrati:

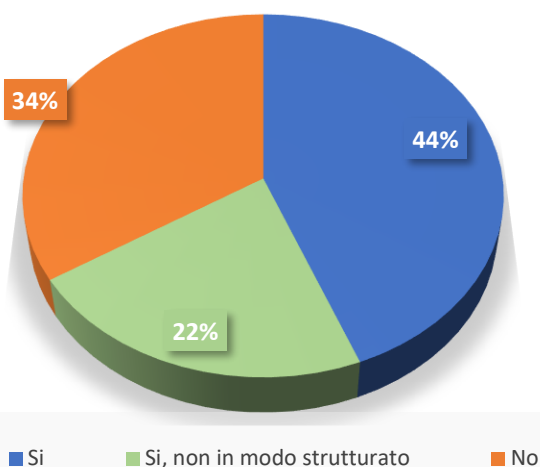
- Internal audit (n.20)
- Prevenzione corruzione (n.16)
- Tutti gli ambiti aziendali (n.13)
- Qualità (n.12),
- Controllo di gestione (n.10)
- Risk management e Rischi clinico (n.8)
- Sicurezza Prevenzione e Protezione (n.3)
- Valutazione delle performance (n.2)
- Comitato Coordinamento dei Controlli (n.1).

Molti Enti hanno indicato che tutti gli ambiti aziendali dispongono delle informazioni necessarie per l'efficace espletamento dei propri controlli. Tali informazioni possono derivare da: Esiti di controlli passati, soggetti deputati al controllo, modifiche al sistema di gestione, modifiche normative; mediante la condivisione di informazioni/documentazione tra le funzioni di secondo livello e previsione di flussi informativi verso gli organi di controllo; informazioni ricevute sistematicamente dalla Direzione Strategica.

Domanda n.38:

Esistono flussi informativi strutturati da e verso le strutture/funzioni/organismi di controllo finalizzati ad una valutazione circa la qualità ed adeguatezza del SCI?

Domanda n.38 Esistono flussi informativi strutturati da e verso le strutture di controllo?



22 Enti hanno indicato che esistono dei flussi informativi strutturati da e verso le strutture/funzioni/organismi di controllo.

11 Enti affermano che per tali flussi, pur se presenti, non sono strutturati, mentre 17 - **pari al 34% del totale** - hanno risposto **negativamente alla domanda**.

È stato richiesto agli Enti che hanno risposto affermativamente, in maniera piena o parziale, in quali ambiti siano stati previsti. Si riportano di seguito le risultanze, facendo un distinguo per le due fattispecie (totale o parziale).

- Internal audit (tot. 18: si, n.12, non in modo strutturato n.6)
- Anticorruzione (tot. 16: si, n.10, non in modo strutturato n.6)
- Qualità (Tot. 11: si, n.8, non in modo strutturato n.3)
- Controllo di gestione (tot. 10: si, n.6, non in modo strutturato n.4)
- Risk Management e Rischio clinico (tot. n.6: si, n.3, non in modo strutturato n.3)
- Per tutte le figure apicali/strutture dell'organizzazione (si, n.4).
- Servizio Prevenzione e Protezione (tot. n.4: si, n.2, non in modo strutturato n.2)
- Ambito informatico (tot. n.3: si, n.2, non in modo strutturato n.1)
- Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01 (tot.3: si, n.2, non in modo strutturato n.1)
- Approvvigionamenti (tot. n.2 si, n.1, non in modo strutturato n.1)
- Valutazione delle performance (tot: n.2: si, n.1, non in modo strutturato n.1)
- Economico-Finanziario (tot. n.2: si, n.1, non in modo strutturato n.1)

Sono presenti, inoltre, altri ambiti che presentano una numerosità pari a uno, quali: Formazione; Affari Generali; Tecnico Patrimoniale; processi assistenziali, URP, Comitato di Coordinamento dei Controlli, Privacy.

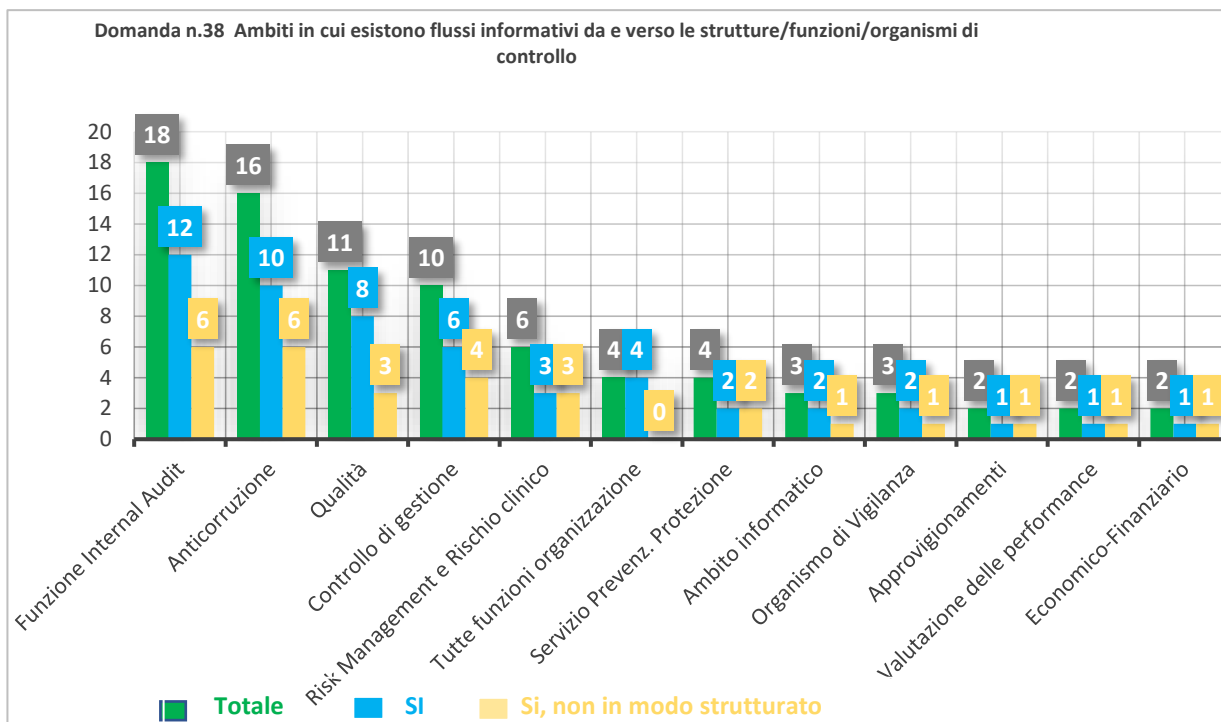
Le risposte fornite evidenziano la criticità legata alla mancanza di flussi informativi da e verso le strutture/funzioni/organismi di controllo in ben **17 Enti**, mentre altri 11 specificano che seppur presenti, essi non risultano strutturati. La previsione di adeguati flussi, finalizzati ad una valutazione circa la qualità ed adeguatezza del sistema di controllo interno, oltre a permettere una tempestiva individuazione di potenziali carenze/gap, consente una visione integrata e aggiornata dei processi efficientando le attività di controllo. Importante è, inoltre, la previsione di specifici e tempestivi flussi informativi riguardo ad accadimenti non previsti e non prevedibili che possono modificare la percezione del rischio. **Fondamentale** è che i flussi informativi riguardo alle risultanze di controllo verso il management/vertice aziendale siano **adeguatamente implementati** e tempestivamente inviati.

Altro aspetto da considerare nell'ambito dei flussi informativi è l'interazione tra le stesse funzioni di controllo. In proposito va evidenziato che ORAC, nelle annualità 2020 e 2021, ha

somministrato due questionari di autodiagnosi sull'adeguatezza delle azioni di controllo nell'emergenza sanitaria, i cui esiti sono riepilogati nella Delibera ORAC n.13 del 07 dicembre 2020 e nella Delibera n.23 del 13 dicembre 2021. Una delle principali criticità evidenziate nella prima rilevazione del 2020 è stata l'inadeguata propensione all'attivazione di procedure di condivisione di dati e di messa in rete di risorse e metodologie per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e di malamministrazione, nonché l'inidonea implementazione di flussi informativi tra organi/uffici/funzioni di controllo. L'ulteriore rilevazione effettuata da ORAC nel 2021, seppur con qualche distinguo, ha confermato la precedente rappresentazione, evidenziando come il sistema dei controlli non beneficiassero di **sinergie e collaborazioni stabili e strutturate** tra tutti i soggetti deputati al controllo, come pure si intravedevano ampi margini di miglioramento in ordine all'ottimizzazione dei flussi informativi tra OIV, RPCT, AUDIT, Collegi Sindacali, così come riguardo alla condivisione e messa a sistema dei reciproci patrimoni informativi, **indispensabile supporto per il Management sia nelle attività di programmazione che in quelle di controllo.**

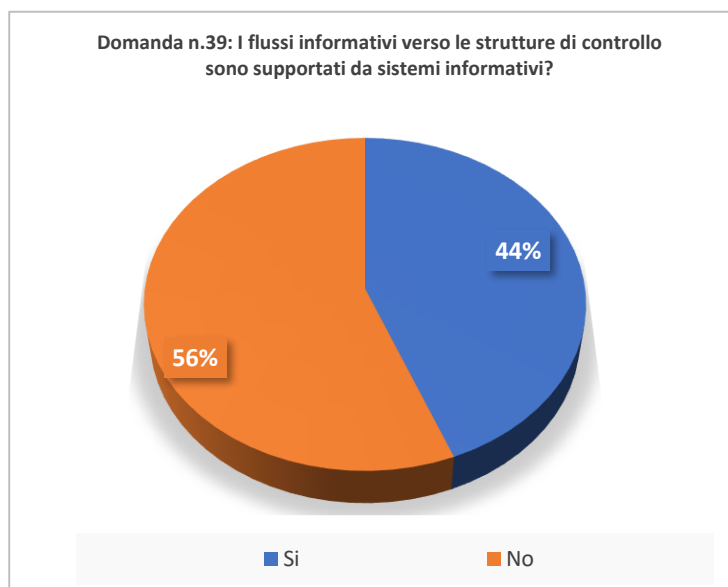
In questa sede, non può non sottolinearsi l'importanza della definizione di adeguati flussi informativi a tutti i livelli, agevolata, laddove possibile, dalla digitalizzazione dei processi, al fine della condivisione del patrimonio informativo aziendale. Come già indicato, importante sarà anche la definizione di adeguati e tempestivi flussi informativi nei confronti dei Comitati dei Controlli istituiti proprio al fine di avere una visione unitaria di aspetti strategici dell'organizzazione creando sinergie in un'ottica di efficacia, efficienza e qualità dei servizi, ridurre le duplicazioni e garantire l'efficace svolgimento delle attività delle strutture di controllo.

Non da ultimo, si ricorda come lo stesso D.Lgs. 231/01 relativo alla *"Disciplina della Responsabilità Amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"*, applicabile alle ALER e alle Società Partecipate, definisce all'art. 6, comma 2, lettera d) *"In relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati, i modelli di cui alla lettera a), del comma 1, devono rispondere alle seguenti esigenze: d) prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli"*.



Domanda n.39:

I flussi informativi di cui alle domande precedenti sono supportati da sistemi informativi?



28 Enti hanno indicato che i flussi informativi verso le strutture di controllo non sono supportati da sistemi informativi.

22 Enti, invece, rispondono affermativamente a tale domanda. Tale risposta risulta in linea con quanto risultante dalla domanda precedente.

Gli enti che hanno risposto “si” hanno specificato in quali ambiti sono presenti tali flussi automatizzati.

Le principali categorie indicate risultano essere:

- Controllo di Gestione e Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità (n.7);
- Qualità e risk management (n.7);
- Gestione del personale-Formazione-Rilevazione presenze (n.4);
- Valutazione del personale (n.3);
- Approvvigionamenti (n.2).

N.5 Enti hanno genericamente indicato che i flussi supportati da sistemi informatici sono presenti in tutti gli ambiti dell’azienda.

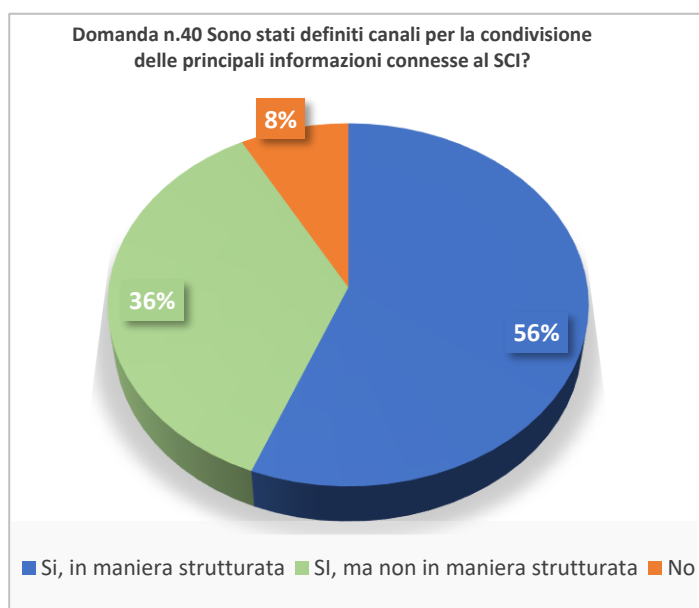
Sono state indicate, inoltre, altre aree che presentano una numerosità pari a uno: Affari Generali; Tecnico Patrimoniale; URP; Rischio clinico; Internal Audit; Trasparenza e anticorruzione; Gestione documentale informatizzata (protocollo corrispondenza interna); Processi assistenziali; Cybersecurity; DVR; DPO.

Dalle risposte emerge come l'informatizzazione dei flussi informativi sembra limitato a poche aree aziendali, più propriamente quantitative come, ad esempio, quelle del Controllo di Gestione e dell'Area Bilancio.

Principio 14 – L'Ente/Società comunica internamente le informazioni necessarie per supportare il funzionamento del controllo interno (inclusi gli obiettivi e le responsabilità) (domanda n.40)

Domanda n.40:

L'Ente/Società ha definito idonei canali per la condivisione delle principali informazioni connesse ai sistemi di controllo interno? (esempi di canali: intranet, cruscotti di monitoraggio, piattaforme di condivisione, incontri periodici istituzionalizzati, ecc.)



28 Enti indicano che i canali per la condivisione delle principali informazioni connesse al sistema di controllo interno risultano definiti in maniera strutturata.

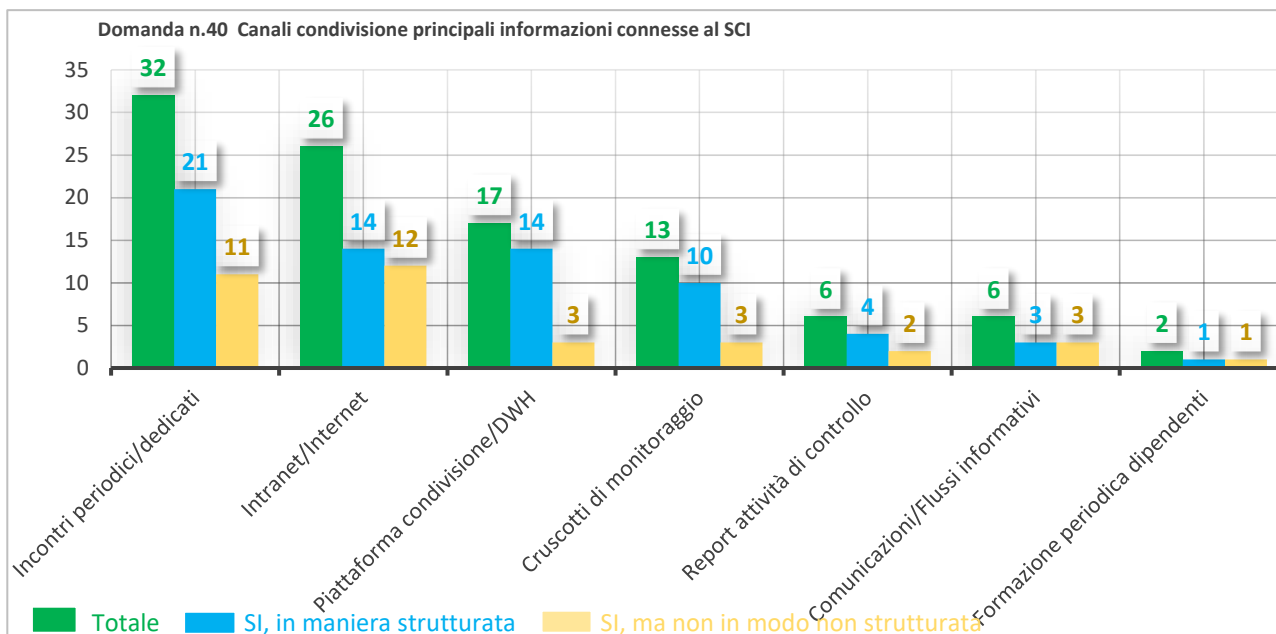
18 Enti, pur dichiarando la presenza di tali canali, ritengono che essi non siano stati definiti in maniera strutturata.

4 Enti hanno risposto **negativamente**.

Agli Enti che hanno risposto affermativamente, in maniera totale o parziale, è stato chiesto di indicare quali canali. Si riportano di seguito le risultanze, facendo un distinguo per le due fattispecie

(totale o parziale).

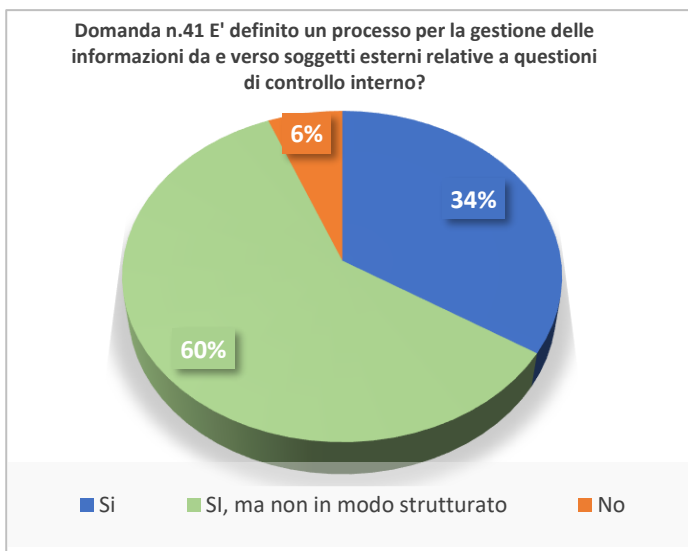
- Incontri periodici/dedicati; (Tot. n.32; Si, strutturato n.21; Si, non strutturato n.11)
- Pubblicazioni intranet/albo pretorio/amministrazione trasparente (tot. 26; Si, strutturato n.14; non strutturato n. 12)
- Piattaforma di condivisione/datawarehouse (tot. 17: Si, strutturato n.14; Si, non strutturato n.3)
- Cruscotti di monitoraggio (Tot. 13: Si, strutturato n.10; Si, non strutturato n.3)
- Report attività di controllo; (Tot: 6; Si, strutturato n.4.; Si, non strutturato n.2)
- Comunicazioni/flussi informativi (tot. 6: Si, strutturato n.3; Si, non strutturato n.3)
- Formazione periodica dipendenti; (Tot.n.2; Si, strutturato n.1; Si, non strutturato n.1)



Principio 15 – L’Ente/Società comunica con parti esterne/terze parti le questioni che riguardano il funzionamento del Sistema di Controllo Interno (domande n.41-42)

Domanda n.41:

L’Ente/Società ha definito un processo per la gestione delle informazioni da e verso soggetti esterni (stakeholders) relative a questioni di controllo interno? (es: gestione di informative a: direttive regionali, ORAC, Corte dei Conti, autorità competenti e di vigilanza, ecc.)



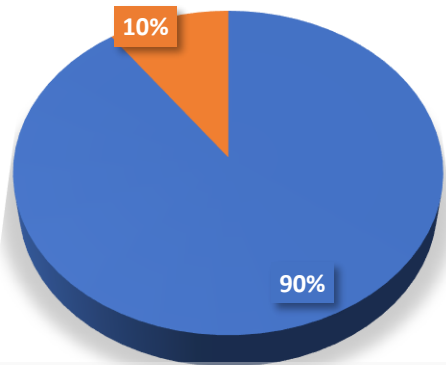
17 Enti dichiarano che è definito un processo per la gestione delle informazioni da e verso soggetti esterni (stakeholders) relative a questioni di controllo interno. 30 Enti, invece, specificano che tale processo non è definito in modo strutturato.

3 Enti dichiarano che tale processo **non** è stato definito.

Domanda n.42:

L’Ente/Società dispone di canali informativi che consentano di comunicare informazioni sul Sistema di Controllo Interno agli stakeholders esterni rilevanti? (es. sezione «Società trasparente» del sito istituzionale, social, eventi, etc.)

Domanda n.42: L'Ente dispone di canali informativi che consentono di comunicare informazioni sul SCI agli stakeholder esterni rilevanti?



■ Si ■ Non esistono canali sebbene le informative siano comunque prodotte

45 Enti indicano di disporre di canali informativi che consentono di comunicare informazioni sul SCI agli stakeholder esterni rilevanti. 5 Enti, invece, rispondono che tali canali non esistono, sebbene le informative siano comunque prodotte.

Gli Enti, riguardo a tali canali informativi, hanno descritto le seguenti modalità di comunicazione:

- Sezione Amministrazione trasparente del sito internet o in altra sezione (n.44)

- Invio flussi periodici nei confronti di ANAC, Regione Lombardia, ATS, Corte dei Conti; (n.2)
- Eventi; (n.2)
- Incontri con le rappresentanze organizzazioni di volontariato;
- Newsletter aziendale ove vengono riportati gli eventi aziendali più significativi ai fini della comunicazione istituzionale;
- Canali social (n.2);
- Avvisi/consultazioni preliminari pubbliche.

Gli Enti che hanno confermato di disporre di canali informativi hanno indicato, pressoché in via esclusiva, la sezione dell'Amministrazione Trasparente, del sito internet dell'Ente, i cui contenuti si rifanno a quanto previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n.33 *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*.

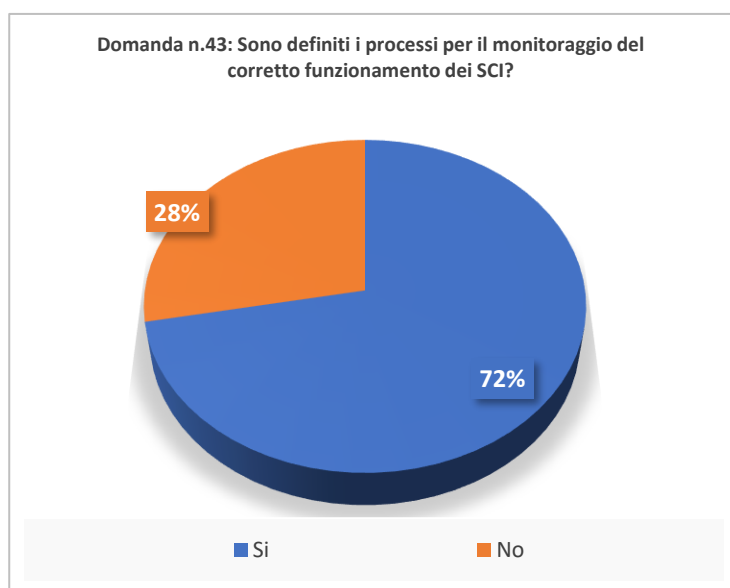
Riguardo ai documenti pubblicati in Amministrazione trasparente, relativi alle funzioni di secondo livello, nelle risposte sono stati riportati: Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza/PIAO; Relazione annuale RPCT; Modello Organizzativo di Gestione e Controllo di cui al D.Lgs. 231/01; Schede di procedimento e modulistica relativa al sistema gestione Qualità; altri contenuti in Controlli e Rilievi dell'Amministrazione; Piano IA; Piano Risk Management. Sono indicati, inoltre, dati relativi al settore economico finanziario; gli atti di conferimento funzioni; risultati customer satisfaction; Codice di comportamento; POAS; Organigrammi; Relazioni consuntive attività di controllo; Relazione sulla performance; attestazioni Nucleo Valutazione delle prestazioni; eventuali rilievi Collegio sindacale e Corte dei conti. Alcuni Enti, inoltre, specificano che sono presenti, all'interno del sito internet aziendale, sezioni tematiche (Es. privacy, cybersecurity; news).

3.5 MONITORAGGIO

Principio 16 – L’Ente/Società esegue valutazioni continue per accertare se le componenti del controllo interno siano presenti e funzionanti (domande n.43-n.44)

Domanda n.43:

1) L’Ente/Società definisce processi per il monitoraggio del corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno?



36 Enti hanno indicato che l’Ente/Società definisce processi per il monitoraggio del corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno.

14 Enti hanno invece risposto **negativamente**. La mancata definizione di processi per il corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno, come indicato nelle risposte, identifica una significativa criticità che andrà opportunamente verificata da parte del management dei singoli Enti, anche valutando l’efficacia delle strutture di controllo già esistenti, l’adeguatezza delle

modalità di coordinamento/confronto tra esse, nonché prevedendo puntuali strumenti di monitoraggio dei risultati di controllo elaborati da tali funzioni.

Gli ambiti per i quali 36 Enti dichiarano che sono definiti i processi di monitoraggio risultano essere principalmente:

- PIAO: Performance, Trasparenza, Anticorruzione (n.16)
- Internal Audit (n.15)
- Sistema gestione qualità (n.12)
- Controllo di gestione (n.6)
- Riesame della Direzione Strategica/Controllo strategico (n.5)
- Risk Management (n.3)
- Comitato di coordinamento dei controlli interni (n.3)
- Verifiche ODV (n.2)
- Economico-Finanziario/Procedure PAC (n.2)
- Sistema Prevenzione e Protezione (n.2)
- Nucleo di Valutazione (n.2)
- Procedure gestionali (n.1)
- Rischio clinico (n.1)
- Processi Amministrativi (n.2)

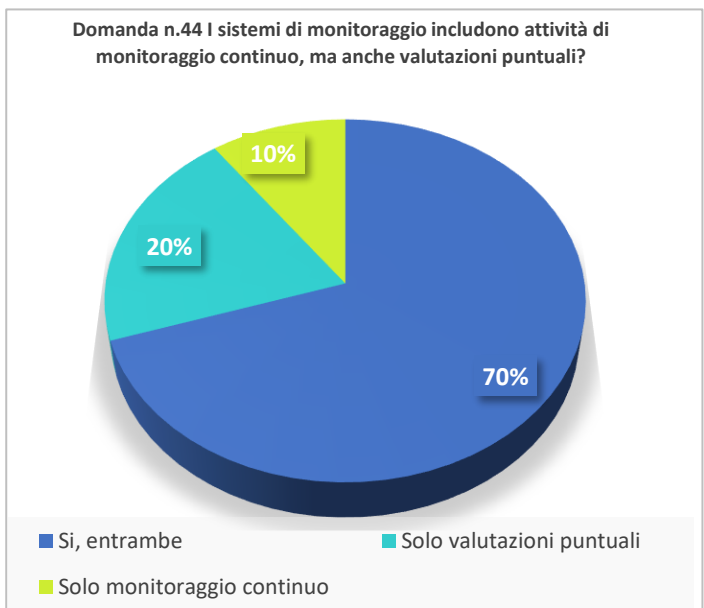
- Attività sanitaria (n.2)
- Verifiche di terzi nell'ambito certificazione ISO (n.1)
- Verifiche Collegio dei Revisori (n.1)

Quali strumenti indicati per il monitoraggio sono stati riportati, quali esempi: indicatori di budget, performance, indicatori ISO 9001; presenza di sonde per il monitoraggio continuo dell'infrastruttura tecnologica, controlli su sicurezza logica e fisica IT.

Domanda n.44:

Tali sistemi di monitoraggio includono attività di monitoraggio continuo ma anche valutazioni puntuali?

GLOSSARIO		FONTE
Monitoraggio continuo	È parte integrante delle attività periodiche di supervisione, revisione e misurazione del sistema di controllo interno. Il monitoraggio continuo è incorporato nelle misure e nelle procedure di routine utilizzate per gestire l'attività di controllo interno e si serve di processi, strumenti e informazioni ritenuti necessari per valutare la conformità al Codice etico e agli standard.	International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing - The Institute of Internal Auditors



35 Enti specificano che, riguardo ai sistemi di monitoraggio in uso, essi ricomprendono sia attività di monitoraggio continuo che valutazioni puntuali.

10 Enti, invece, riferiscono di aver implementato solo valutazioni puntuali, mentre 5 enti hanno solo attività di monitoraggio continuo.

È stato chiesto, per tutte e tre le risposte di indicare in quali ambiti:

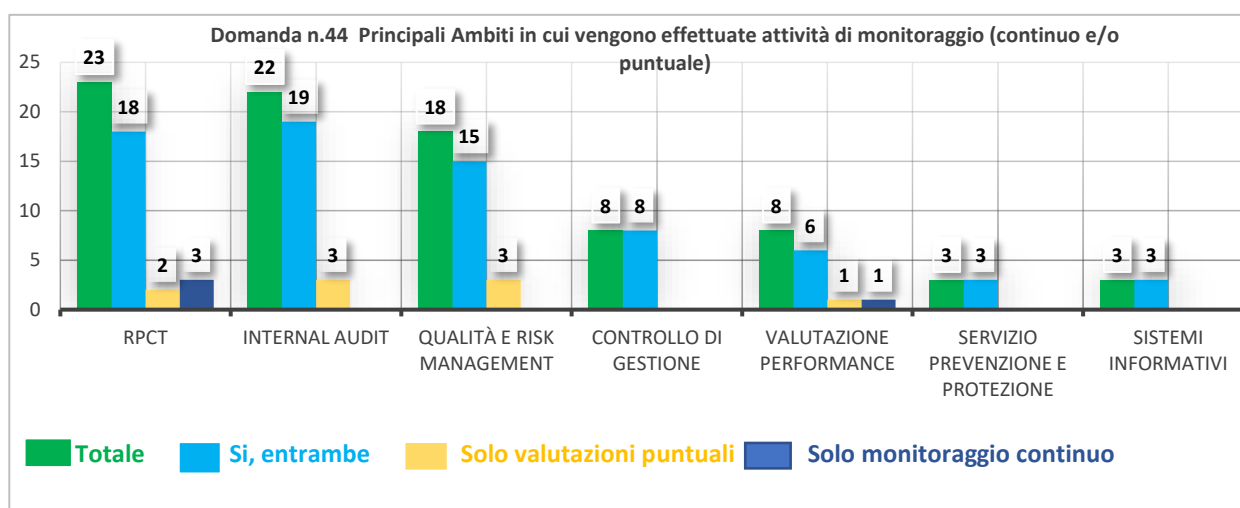
- RPCT (Tot. 23: Si, entrambe n.18; valutazioni puntuali, n.2; solo monitoraggio continuo n.3)

- Internal Audit (Tot. 22: Si, entrambe n.19; solo valutazioni puntuali n.3)
- Qualità e Risk Management (Tot.18: Si, entrambe n.15; solo valutazioni puntuali n.3)
- Controllo di Gestione (Tot.8: Si, entrambe n.8)
- Valutazione Performance (Tot.8: Si, entrambe n.6; solo valutazioni puntuali n.1; solo monitoraggio continuo n.1)
- Servizio Prevenzione Protezione (Si, entrambe n.3)
- Sistemi informativi (Si, entrambe n.3)
- ODV D.Lgs. 231/01 (Si, entrambe n.2)
- Comitato di Coordinamento dei Controlli (Tot. 2: Si, per entrambe, n.1; solo valutazioni puntuali n.1)

- DPO/Privacy (Si, entrambe n.2)
- Le singole strutture operative, nell'ambito delle procedure aziendali di competenza (Si, entrambe n.2)
- Formazione (tot.2: solo valutaz puntuali n.1; solo monitoraggio continuo n.1)
- Economico Finanziario/PAC (solo valutaz puntuali n.2)

Sono stati identificati ulteriori ambiti ma che riportano una frequenza pari a 1: Controllo strategico, Compliance, Approvvigionamenti, Affari Generali, Tecnico Patrimoniale, Processi assistenziali, Sanitario e Amministrativo.

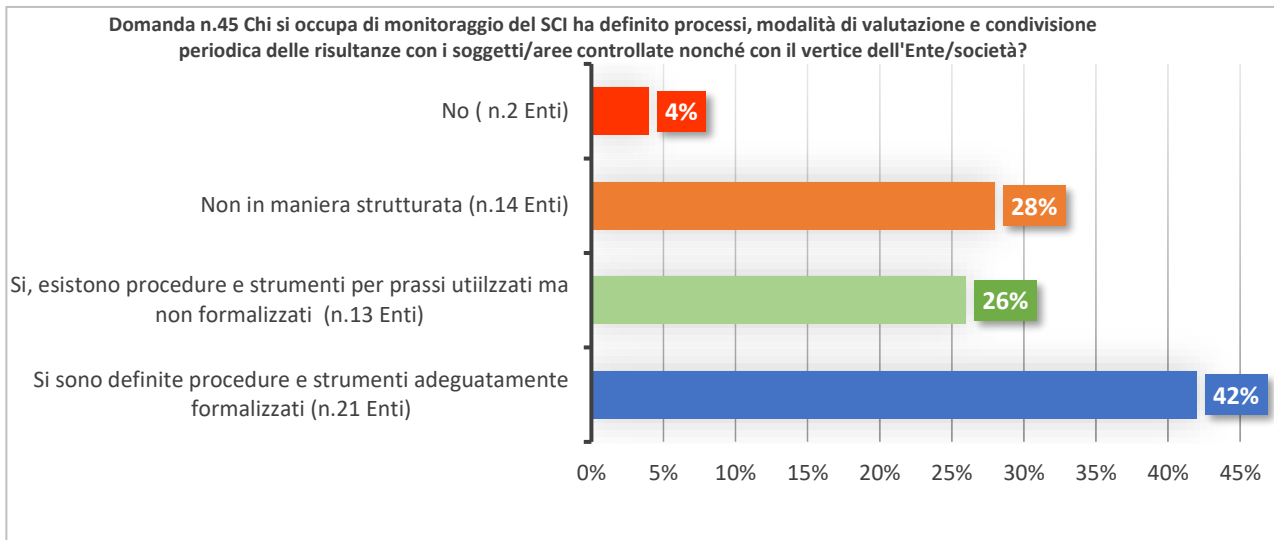
Considerato che la domanda non prevedeva di rispondere negativamente, n.4 Enti hanno indicato "nessun ambito". Altri 5 Enti, invece, non hanno declinato specificatamente gli ambiti interessati dal monitoraggio, ma hanno dato una descrizione generale, quale "tutti gli ambiti, o gli ambiti a maggior rilevanza, o gli ambiti di interesse, o gli ambiti presidiati".



Principio 17 - L'Ente/Società valuta e comunica tempestivamente le carenze del controllo interno alle parti responsabili dell'adozione di azioni correttive, inclusi il top management e i vertici? (Domande n.45- n.46)

Domanda n.45:

Chi si occupa di monitoraggio del Sistema di Controllo Interno all'interno dell'Ente/Società ha definito processi, modalità di valutazione e condivisione periodica delle risultanze con i soggetti/aree controllate nonché con il vertice dell'Ente/Società?



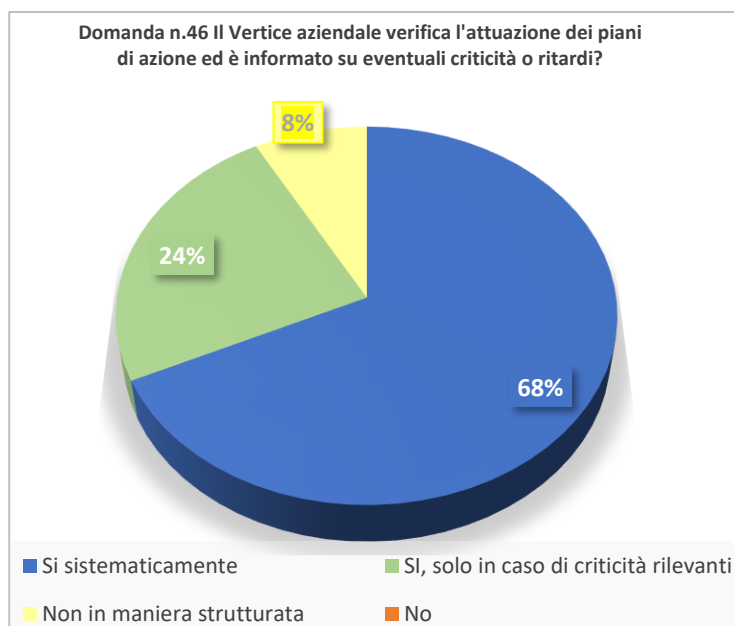
21 Enti hanno indicato che, nell'ambito del monitoraggio del Sistema di Controllo Interno, sono stati definiti processi, modalità di valutazione e condivisione periodica delle risultanze con le aree/funzioni oggetto di controllo, nonché con il Vertice dell'Ente/società e adeguatamente formalizzati.

13 Enti, invece, sottolineano che pur esistendo procedure e strumenti per prassi utilizzati, riguardo alle modalità di valutazione/condivisione periodica delle risultanze, non sono state formalizzate in specifici processi;

14 Enti indicano che tali processi non sono definiti in maniera strutturata, e 2 rispondono totalmente in maniera negativa.

Domanda n.46:

Il Vertice Aziendale verifica l'attuazione dei piani di azione ed è informato su eventuali criticità o ritardi?



34 Enti specificano che il Vertice aziendale verifica sistematicamente l'attuazione dei piani di azione ed è informato su eventuali criticità o ritardi.

12 Enti dichiarano che il Vertice riceve i flussi di informazione **solo** in caso di criticità rilevanti.

4 Enti dichiarano che tale verifica **non** è effettuata in maniera strutturata.

L'analisi delle risposte riferite ai principi 16 e 17 mostra delle criticità in merito all'ambito di Monitoraggio. Non vi è, infatti, unanimità nelle risposte riguardo alla adeguata definizione di processi per il monitoraggio del corretto funzionamento del SCI, così come i processi riferiti alla modalità di valutazione e condivisione delle risultanze con i soggetti/aree controllate e/o con il vertice aziendale non risultano sufficientemente strutturati. Tali ambiti, come già indicato nei paragrafi precedenti, mostrano la necessità, per gli Enti, di effettuare le opportune valutazioni di adeguatezza per un potenziamento di tali aspetti.

4. CONSIDERAZIONI FINALI

Con la raccolta ed elaborazione delle risposte fornite dagli Enti del sistema Sireg, può dirsi conclusa una ulteriore importante fase del lavoro di approfondimento scientifico svolto dal Tavolo Permanente sul Sistema di Controllo Interno al quale, come indicato nelle premesse, partecipano Funzione Audit di Regione Lombardia, ORAC, l'Università Bicocca e Protiviti Global Business Consulting. L'attività del Tavolo ha principalmente lo scopo di individuare/sviluppare nuovi strumenti di controllo, prendendo a riferimento metodologie utilizzate da tempo in ambito privato, promuovendone l'impiego anche nelle pubbliche amministrazioni.

Il lavoro, condotto con criteri scientifici, è stato caratterizzato da una costante attenzione all'applicazione concreta delle innovazioni di metodo, costruite anche con il fattivo contributo dei soggetti destinatari in una logica di coinvolgimento e condivisione.

Seguendo lo spirito di questa attività, sintetizzata nel presente documento, ORAC non intende formulare puntuali raccomandazioni relative alle risposte fornite in relazione alle parti del questionario. L'intento dell'azione, infatti, risponde a finalità diverse, di sistema:

- Consolidare l'impiego da parte degli Enti del metodo dell'**autovalutazione** attraverso lo strumento dei **questionari**. Tale metodo, promosso inizialmente in occasioni particolari o su singoli settori - si pensi al questionario somministrato in fase emergenziale, oppure, da ultimo sul tema dei presidi controllo relativi ai processi PNRR - è qui portato a compimento in relazione all'adeguatezza del sistema di gestione e controllo degli Enti con l'impiego del framework COSO;
- Portare l'attenzione dei Vertici aziendali **sull'importanza di dotarsi di un sistema di controllo e gestione** non solo in linea con le richieste della normativa ma efficace, performante, adeguato secondo parametri oggettivi allo scopo di mappare i rischi, gestirli, fornendo le corrette informazioni all'interno e all'esterno;
- **Fornire strumenti** capaci di leggere i fenomeni legati alle esigenze del controllo in ottica manageriale.

La collaborazione fattiva prestata da alcuni Enti nella fase di adattamento del questionario alle realtà del sistema regionale, i tempi celeri di risposta al questionario somministrato, il tono dei ritorni ottenuti trasmettono un messaggio sufficientemente positivo (o positivo) circa l'accoglimento dell'iniziativa. Gli Enti hanno dimostrato di aver affrontato la richiesta di ORAC con serietà, coinvolgendo le funzioni interne interessate. Una apprezzabile parte degli Enti non si è limitata a rispondere con un sì o un no alle domande chiuse ma ha fornito elementi di dettaglio, ha argomentato le scelte effettuate ed evidenziato gli elementi di debolezza specificando, in alcune risposte, l'intenzione di agire per colmare i deficit rispetto agli standard richiesti.

In relazione a molteplici domande, ORAC ha ritenuto utile in questa relazione finale richiamare l'attenzione su propri atti già deliberati, con l'indicazione di chiari standard da assicurare, effettuare richiami normativi o sottolineare l'importanza dei presidi di controllo nell'ambito di determinati principi. In altri casi, la presente relazione ha voluto evidenziare *best practices* individuate in singoli Enti.

Non sono mancate risposte negative a talune domande. In alcuni casi le domande sollecitavano una risposta in ordine ad adempimenti richiesti dalle norme; in altri casi rimandavano a standard ottimali, consigliati dalle buone pratiche generalmente accettate. I no, soprattutto alle domande del primo tipo, devono essere lo stimolo ad una pronta presa di coscienza del gap e ad un'altrettanta immediata azione di rimedio da parte dell'Ente interessato.

In conclusione, la raccomandazione di ORAC è una, di metodo:

Nella logica dell'autovalutazione dei risultati del questionario è indispensabile che i singoli enti non disperdano il lavoro svolto ma anzi portino a compimento il processo e, compiuto un esame critico dei risultati, **impostino un piano di azione per colmare i gap evidenziati.**

È importante che il piano di azione si contraddistingua nella ricerca dell'effettività, contemplando metodi che consentano di valorizzare la cultura dei controlli, da non interpretarsi più esclusivamente come verifica successiva o in itinere di legittimità, ma come valore organizzativo aggiunto e di supporto che possa fondarsi su una preliminare analisi dei rischi e conseguente attivazione di strumenti di mitigazione degli stessi e di analisi della conformità a standard predeterminati, per garantire che l'azione della pubblica amministrazione sia efficace e legittima.

Il compito spetta ai Vertici aziendali che potranno avvalersi, nel rispetto dell'autonomia organizzativa dei singoli Enti e della diversa forma giuridica, dell'ausilio dei soggetti deputati alle attività di controllo preferibilmente attraverso forme di **coordinamento** quali quelle presenti in diversi Enti sanitari (già suggerite dalle linee guide regionali e da ORAC) e in altre realtà aziendali.

Il piano di azione, condiviso con il management, dovrà prevedere tempi certi, indicazione dei Responsabili per ogni azione prevista, e dovrà essere sottoposto a periodico monitoraggio.

ORAC si riserva di monitorare l'esito della raccomandazione e di darne evidenza nelle relazioni periodiche dell'Organismo.

DELIBERAZIONE N. 10 seduta del 18 dicembre 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
Marcello Crivellini	- Componente
Umberto Fantigrossi	- Componente
Saveria Morello	- Componente
Simona Piazza	- Componente
Mario Forchetti	- Componente
Maria Vittoria Fregonara	- Componente dirigente della Struttura Audit

Segretario della seduta: Simona Piazza

Assenti: Emanuele Prospero, Arturo Soprano

OGGETTO: Approvazione del documento "Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso" relativo all'Obiettivo 7 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo

UDITI i componenti del gruppo di lavoro che, ad esito della attività svolta, ha presentato il documento *“Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso”* relativo allo sviluppo dell’obiettivo 7 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

CONSIDERATI gli esiti dell’attività istruttoria condotta dal gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo dell’obiettivo 7 del Piano delle Attività 2023 dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo compendiata nel documento recante *“Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso”*

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 *“Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso”* relativo allo sviluppo dell’Obiettivo 7 del Piano delle Attività 2023, allegato quale parte integrante al presente atto;
2. di demandare al Presidente la trasmissione della deliberazione, unitamente al documento allegato, al Presidente della Giunta Regionale, al Presidente del Consiglio Regionale, alla Direzione Generale Welfare ed ai soggetti interessati;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio



Ob. 7 PdA 2023 Orac – Autorizzazione e accreditamento & Analisi e misura del boarding in Pronto Soccorso

In relazione all'obiettivo 7 del Piano di Attività dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo, annualità di riferimento 2023, avente ad oggetto la pianificazione delle attività relativamente alla rispondenza dei risultati raggiunti agli obiettivi stabiliti – art. 3 comma 1 lett. e) 13/2018, è stato effettuato un approfondimento riguardante da un lato l'autorizzazione e l'accreditamento (Parte I) dall'altro l'analisi del boarding in Pronto Soccorso (Parte II).

Sommario:

Parte I - Accreditamento

1. Premessa; **2.** Strumenti per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS ed erogatori; **3.** Riflessioni sul ruolo del sistema dell'accreditamento; **4.** Analisi del processo; **5.** Audizione DG Welfare; **6.** Conclusioni

Parte II – Pronto Soccorso

- 7.** Il sovraffollamento in Pronto Soccorso; **8.** Le conseguenze del sovraffollamento; **9.** Recenti decisioni e azioni in atto in Lombardia; **10.** Audizione AREU; **11.** Conclusioni

1. Premessa

A livello nazionale, il D.lgs. 502/1992 all'art. 8-bis tratta il tema dell'autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali. Tale articolo prevede nel dettaglio che tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a carico del SSN siano subordinate non solo dall'autorizzazione e accreditamento, ma anche dalla stipula degli accordi contrattuali.

L'art. 8-quinquies D.lgs. 502/1992 devolve interamente alle regioni un ruolo centrale sul tema, in quanto definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- Le responsabilità da attribuire ai soggetti
- Le linee guida per la definizione dei programmi di attività
- I criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture in caso di sovrapproduzione

Viene ulteriormente specificato nel secondo comma dell'art. 8-quinquies che per gli accordi e i contratti devono essere indicati:

- Gli obiettivi di salute
- Il volume massimo di prestazione che sono distinte per tipologia
- I requisiti riguardanti il servizio
- Il corrispettivo per le attività concordate

- Il debito informativo
- La modalità di garanzia nel rispetto del limite di remunerazione

La disciplina sul tema degli accordi contrattuali ha subito modifiche con il D.lgs. 229/1999 c.d. *“Riforma sanitaria Ter”* andando a ridefinire l'iter procedurale in merito all'accreditamento, valido sia per i soggetti pubblici che privati, definendo le seguenti fasi:

- A) **Autorizzazione alla realizzazione:** la costituzione, realizzazione e l'adattamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; è subordinata all'autorizzazione concessa dal comune
- B) **Autorizzazione all'esercizio:** il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi stabiliti dallo Stato che devono possedere in egual modo sia le strutture pubbliche che private
- C) **Accreditamento istituzionale:** l'erogazione di prestazioni o di determinate attività per conto del Servizio Sanitario Nazionale
- D) **Accordi contrattuali:** la stipula di accordi contrattuali tra regione e le Aziende con soggetti erogatori pubblici e privati.

Regione Lombardia con la l.r. 33/2009 analizza il tema della contrattualizzazione, omologandosi con quanto statuito a livello nazionale. La legge regionale prevede che la Giunta approvi uno schema di contratto con il quale le ATS stipulino i contratti.

Lo schema di contratto deve contenere:

- i) l'accettazione del tariffario
- ii) le modalità per la verifica
- iii) le modalità di esercizio degli erogatori privati,
- iv) i tempi e le modalità di liquidazione
- v) le sanzioni in caso di inosservanza della legge

Nel corso degli anni la Giunta Regionale ha emanato diversi provvedimenti attuativi per quanto riguarda la negoziazione. Gli Enti che possono accedere alla contrattualizzazione devono sottostare a condizioni riguardanti l'autorizzazione e l'accreditamento.

La prima è definita come la misura amministrativa che permette l'attività da parte di qualsiasi soggetto pubblico e privato, e viene conferita solo agli Enti in possesso di determinati requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi. L'accreditamento istituzionale, invece, è il provvedimento amministrativo che conferisce lo status di potenziali erogatori di prestazioni a carico del SSN. Bisogna farne richiesta all'ATS, che verifica compatibilità e offerta del soggetto con la programmazione regionale e il possesso di alcuni requisiti aggiunti a quelli legati all'autorizzazione.

L'Ente deve poi iscriversi ad ASAN (per strutture sanitarie) o AFAM (per strutture/attività sociosanitarie), due appositi registri. Vista l'enorme diversità tra i due settori, a partire da fine 2022 è stato disposto il blocco dei nuovi accreditamenti per l'area sanitaria, poiché considerato un settore saturo, a differenza dall'area sociosanitaria, distinta per una ingente richiesta.

Il ruolo di controllo delle strutture è in capo alle ATS, a cui è delegata una verifica dei requisiti almeno ogni 5 anni o quando vi sia necessità per le strutture sanitarie,

mentre almeno ogni 3 anni per quelle sociosanitarie.

2. Strumenti per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS ed erogatori

La Giunta Regionale, annualmente, ha definito gli strumenti utili al sistema di negoziazione, nella *DGR 2672/2019* in 2 elementi specifici.

Il primo risulta essere lo schema tipo di contratto, ovvero la definizione, da parte della Giunta Regionale, dei rapporti giuridici ed economici tra ATS ed erogatori vincolati all'adempimento dei contenuti del contratto stesso. Il secondo, invece, è lo schema di budget, il format che definisce con precisione la quantificazione economica delle prestazioni e il numero di posti letto.

In merito al sistema tariffario e ai relativi rapporti economici intercorrenti tra l'ATS e il soggetto erogatore delle prestazioni, è opportuno precisare che, l'ATS riconosce, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, al soggetto erogatore le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nei relativi contratti.

Sulle ATS grave l'obbligo a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto erogatore nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione Generale competente per materia che successiva verifica da parte dell'ATS.

L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità che sono definite annualmente da parte della Giunta di Regione Lombardia, d'altra parte spetta al soggetto erogatore ad emettere mensilmente le fatture degli acconti.

3. Riflessioni sul ruolo del sistema dell'accreditamento

Il sistema di accreditamento è un importante elemento di governo della politica sanitaria regionale.

Riveste un ruolo essenziale nella regolamentazione del rapporto pubblico/privato. Secondo normativa nazionale il settore pubblico può accreditare il privato, il cui utilizzo è inteso in funzione complementare, in merito alle esigenze specifiche del territorio di competenza. A livello regionale, invece, privato e pubblico sono posti sul medesimo livello, senza differenze tra le parti. A conferma di questa osservazione la spesa sanitaria per il pubblico (52%) è molto simile a quella per il privato (48%). Analizzando invece specificatamente l'area sociosanitaria, il settore privato beneficia della parte maggiore (85%).

Un altro aspetto concerne la carenza, in Lombardia, di una base programmatoria generale dei fabbisogni e delle risorse finanziarie, cui si è cercato negli ultimi anni di porre parziale rimedio con deliberazioni annuali della Giunta regionale che però si limitano essenzialmente all'assegnazione, tramite le ATS, dei budget finanziari (prevalentemente su base storica) alle strutture già contrattualizzate e alla assegnazione di un budget residuale (del circa il 10%) alle ATS per adeguare le offerte alle specifiche esigenze territoriali.

L'accreditamento in Lombardia delle strutture sanitarie e sociosanitarie avviene su

richiesta delle stesse e l'abitazione è condizionata solo dal possesso dei requisiti tecnico-organizzativi di legge. Ciò può, come avvenuto, sviluppare una offerta fuori dal mercato pubblico, in una regione dall'alto PIL, ma le ricadute sull'assetto complessivo appaiono evidenti, anche a fronte della forte pressione degli enti meramente accreditati, in particolare nell'ambito socio-sanitario, a sottoscrivere contratti di erogazione a carico del SSN; pressione che, in nome di una maggiore flessibilità negli accessi al "quasi mercato", ha trovato sponda in numerose pronunce giurisprudenziali ed è divenuto un obiettivo posto alla regione dall'art.15 della Legge sulla concorrenza del 2022

4. Analisi del processo

Il processo di negoziazione è l'iter procedurale grazie a cui il sistema persegue il soddisfacimento del fabbisogno territoriale di prestazioni mediante l'acquisto delle stesse da parte di erogatori accreditati, pubblici e privati. Esso è composto da diversi processi trasversali distinti e connessi tra loro, come sintetizzato in Fig. 1.

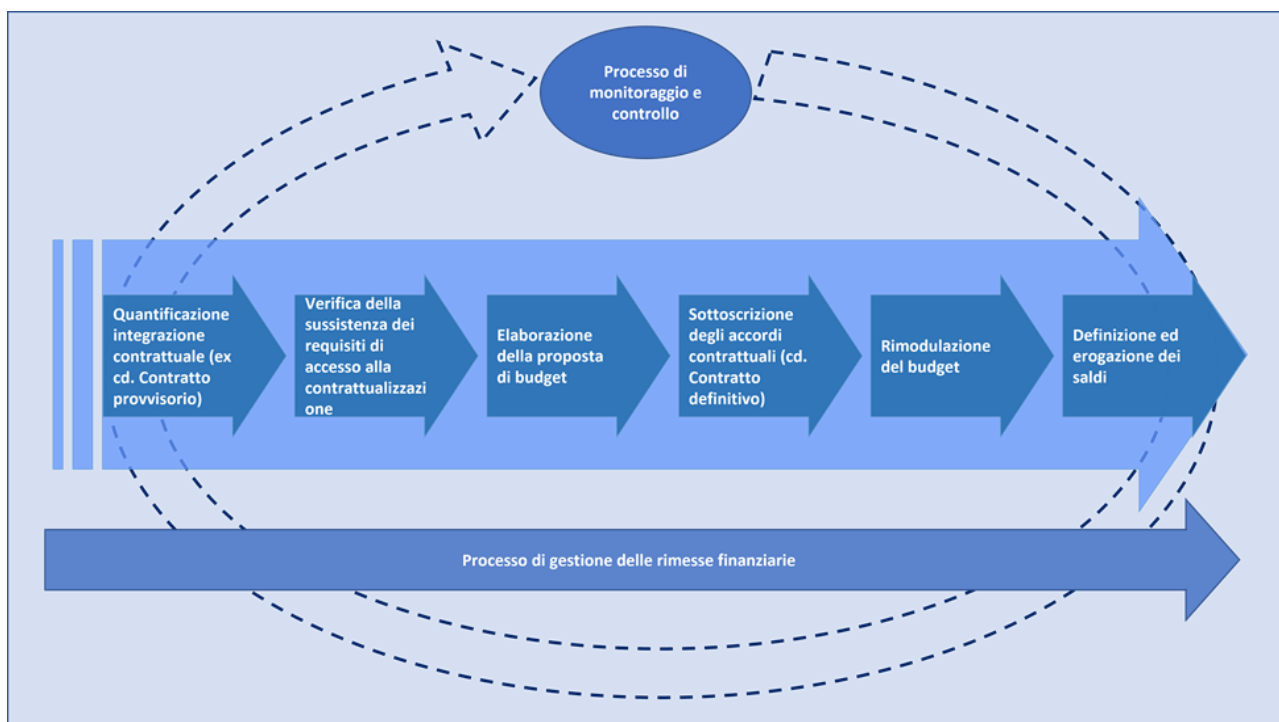


Figura. 1

Ovviamente è necessario che al processo di negoziazione si accompagni anche un **Processo di monitoraggio e controllo** con il compito di garantire i presupposti alla contrattualizzazione e il rispetto delle clausole contrattuali.

- Fase 1: Quantificazione integrazione contrattuale
- Fase 2: Verifica della sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione
- Fase 3: Elaborazione proposta di budget
- Fase 4: Sottoscrizione accordi contrattuali
- Fase 5: Rimodulazione del budget

- Fase 6: Definizione ed erogazione dei saldi

Fase 1: Quantificazione dell'integrazione contrattuale

La validità del contratto tra ATS ed erogatori coincide al 31/12 dell'anno di riferimento, mentre la valorizzazione finale della produzione dell'anno è del marzo dell'anno successivo. Con la *DGR 2672/2019* la Giunta Regionale ha introdotto, a partire dal 2020, la proroga automatica del contratto antecedente fino alla stipula di quello nuovo, elemento di snellimento delle procedure associate. Con le Regole di Sistema 2022 la scadenza per la contrattualizzazione coincide con il 30/06/2022. Vi sono diverse azioni che compongono quanto svolto dall'ATS di competenza.

La prima azione è l'**identificazione dei soggetti beneficiari di proroga contrattuale**. Questa inizia con l'individuazione di chi ha diritto alla proroga contrattuale. Per l'area sanitaria si tratta di tutti gli Enti che hanno stipulato un accordo annuale l'anno precedente. Considerata quella sociosanitaria i beneficiari sono i soggetti con accordo stipulato nell'anno precedente conforme al numero di posti letto o di prestazioni erogate dalle UdO. L'individuazione dei soggetti dipende dall'attività di verifica, attività che resta in carico alle ATS.

In seconda istanza si passa al **calcolo degli importi**. Tale compito è assegnato a vari dipartimenti delle ATS. Considerate le Regole di Sistema 2022 il valore d'integrazione corrisponde ai 6/12 del fatturato riconosciuto l'anno precedente, un valore riconosciuto per il biennio 2021/22 a causa dell'emergenza pandemica da Covid 19. In seguito al 31.03.2022 ci si aspettava infatti che il valore tornasse ai 4/12 come stabilito da precedente *DGR 2672/2019*.

Ulteriore passaggio è la **formalizzazione di ATS tramite i provvedimenti di assegnazione**. Introdotta la proroga automatica, ATS deve dare formale comunicazione con provvedimento di approvazione della quantificazione contrattuale e pubblicazione nei siti web aziendali.

In ultimo, vi sono le **osservazioni alla prima fase del processo**; l'importo definito viene riassorbito nell'importo annuale del budget definitivo, in questo modo non considera l'andamento stagionale della produzione, certamente differente rispetto alla pura media aritmetica. Una potenziale svolta nel calcolo dell'integrazione contrattuale risulterebbe dall'utilizzo di indici di produttività storicizzata del primo quadrimestre (mesi di proroga), obbligando però le ATS a contrattualizzare gli stessi contraenti senza effettuare una analisi quali-quantitativa.

Fase 2: Verifica della sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione

Attraverso le Regole 2020 si è definito un nuovo Schema di contratto per ogni erogatore, pubblico o privato. In esse sono ripresi i requisiti che ognuno deve avere per

accedere alla contrattualizzazione, condizione necessaria per la prosecuzione del contratto, e di cui le garanti per la sussistenza dei requisiti sono le ATS.

Modello di organizzazione e gestione dettato nel D.lgs. 231/2001: il soggetto erogatore con capacità ricettiva maggiore di 80 posti letto o capacità contrattuale maggiore di 800000 euro deve avere un codice etico e un modello organizzativo in cui si riportano le procedure per svolgere conformemente le attività.

Regolarità della continuità gestionale e finanziaria: i soggetti con contratto pari a 800000 euro devono certificare la regolarità gestionale e finanziaria.

Insussistenza di motivi di esclusione a causa di condanna: comporta l'esclusione della sottoscrizione di contratti o concessioni a soggetti intercorsi in condanna penale per reati relativi all'art. 80.

Certificazione antimafia: composta da "comunicazione" e "informazione" antimafia, è necessaria per i contratti superiori a 150000 euro.

Regolarità degli obblighi relativi ad imposte, tasse e oneri previdenziali: impone la privazione dell'accesso alla contrattualizzazione a privati che hanno commesso violazioni gravi di uno o più di tali obblighi.

Assolvimento di obblighi previsti in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato: comporta l'incapacità di contrarre con la PA per chi è incorso i provvedimenti giudiziari con successive sanzioni derivanti da reato.

Obblighi di pubblicazione e accesso civico per l'attività di pubblico interesse: obbligo per gli erogatori di pubblicazione e accesso civico in quanto l'erogazione di prestazioni sanitarie/sociosanitarie è considerata come attività di pubblico interesse.

Incompatibilità del personale: divieto di "pantouflage", divieto a soggetti dipendenti che negli ultimi 3 anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi/negoziali per conto della PA di svolgere attività per privati relazionata al campo di interesse della PA.

Fase 3: Elaborazione della proposta di budget

È la fase in cui Regione Lombardia traduce in termini quali-quantitativi la risposta al fabbisogno della popolazione, una delle fasi più importanti. Le ATS traducono le assegnazioni di budget in volumi per tipologia di prestazioni (area sanitaria) o per tipologia di UdO (area sociosanitaria).

È di competenza regionale la definizione dei volumi e delle tipologie di prestazioni (art. 5, comma 7), mentre le ATS possono concordare una modifica dell'offerta (art. 6, comma 11). In questo modo si comprende come le ATS non abbiano completa autonomia poiché è necessaria l'approvazione da parte della DG Welfare. Persiste, tuttavia, una differenza tra come vengono trattate l'area sanitaria e sociosanitaria.

Area Sanitaria

È prevista la sottoscrizione di un'unica scheda di budget definita "Scheda budget Strutture Sanitarie". Il modello prevede la composizione di 3 tabelle, una con l'importo complessivo (tabella X), una con attività di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale e una terza con gli importi attribuiti alla gestione emergenziale.

Area Sociosanitaria

È prevista la "Scheda budget Unità di Offerta Sociosanitarie" definita da un'unica tabella che ricomprende la tipologia di UdO, l'ente gestore e il legale rappresentante, il numero di posti letto e/o di trattamenti accreditati e a contatto (se previsti) e il budget di produzione contrattato.

Area Salute Mentale

Si distingue per area intercompany (soggetti pubblici); scheda di budget sanitaria, area non intercompany (soggetti privati); scheda di budget sociosanitaria.

Fase 4: Sottoscrizione degli accordi contrattuali

Questa fase comprende la negoziazione e stipula del contratto. La fase ha inizio solo dopo che DG Welfare approva la proposta di budget di ATS formulata precedentemente. Successivamente si organizza la conferenza degli erogatori in cui si avvia la fase di negoziazione, che termina con la sottoscrizione e successiva stipula del contratto. In caso di mancato accordo ATS deve riformulare la proposta e il processo si riavvia da capo. In ultimo, ATS avvia la pubblicazione del contratto sui propri portali.

Fase 5: Rimodulazione del budget

Con questa fase si intendono i casi di scostamento della produzione, che comportano una modifica degli importi e viene definita rimodulazione del budget. Si tratta proprio di trasferimenti di quote di budget facendo utilizzo di disponibilità finanziarie dovute a ipo-produzioni o fondi accantonati in fase iniziale. Queste casistiche prevedono sempre una necessaria approvazione da parte della DG Welfare e prendono avvio da una richiesta o dell'ATS o di un erogatore, cui l'ATS procede a una valutazione.

Nello specifico si possono distinguere il riposizionamento dal riorientamento di budget.

Il **Riposizionamento** è la redistribuzione di quote di budget coinvolgendo o il singolo ente o le strutture. In area Sanitaria coinvolge il singolo Ente ed è proprio lo spostamento di parte del budget previsto per attività di ricovero in ipo-produzione verso attività utili alle cure subacute e/o ambulatoriale. In tal caso il riposizionamento non è storicizzabile. Per l'area Sociosanitaria avviene tra quote della stessa tipologia di UdO e nella stessa ATS. In questo caso, invece, è storicizzabile.

Il **Riorientamento** è lo spostamento di quote di budget tra erogatori o gestori di UdO diversi. Per l'area Sanitaria consiste nello spostamento di risorse verso altri erogatori per un max del 10% del budget ed anche qui non risulta storicizzabile ed è autorizzato

solo se le risorse di ATS rimangono costanti.

Per l'area Sociosanitaria si distingue tra "verticale", spostamento di risorse verso UdO della stessa tipologia, e "trasversale", verso tipologie di UdO differenti. La normativa regionale conferisce priorità alla modalità verticale.

5. Audizione DG Welfare

È stata effettuata una approfondita audizione dei responsabili della DG Welfare, tra cui il Direttore Generale e il Vice Direttore Generale, da cui sono emerse interessanti considerazioni. In Regione Lombardia, come già anticipato, vi è una situazione parzialmente diversa rispetto ad altre regioni, dal momento che c'è una gestione delegata, almeno in alcune fasi, ad ATS, le quali negoziano con gli enti accreditati.

Si è cercato di comprendere se ciò diminuisca il ruolo centrale di Regione Lombardia nell'ambito della programmazione. L'osservazione nasce dal fatto che circa il 50% del sistema accreditato ha natura privata. L'interesse è comprendere come Regione riesca a governare questo settore nel senso di indirizzarlo, mentre dal punto di vista delle ATS che agiscono sul territorio l'approfondimento è stato rivolto alla verifica.

Di particolare interesse è il decreto concorrenza, che vorrebbe trasferire anche nel campo sanitario e sociosanitario concetti di competitività e assegnazione delle risorse sulla base di bandi e avvisi pubblici, ma ad oggi ancora non è definito, così che il sistema della storicizzazione dei budget pone fuori dal mercato operatori che potrebbero entrarvi. Non si premia nemmeno il miglioramento tecnologico.

Le risorse che si assegnano per erogare servizi devono avere formule trasparenti. Il DL concorrenza prevedeva una scadenza a settembre. Il governo, l'ha rimandato

Ad oggi la fase di contrattualizzazione, svolta dalle ATS, probabilmente attenua il controllo centrale ma in cambio è conferito maggiore potere alle ATS.

È stato sottolineato che il settore sociosanitario ha 5000 operatori. A fronte di circa 30000 posti letto per acuti, sono presenti anche 60000 posti letto per RSA. I dipendenti del settore sociosanitario sono quasi 300000, di cui solo 7000 pubblici.

Negli ultimi due anni l'azione di regione è stata indirizzata in misura maggiore sui volumi piuttosto che sui valori economici.

Il tema della contrattualizzazione e della negoziazione sono collocati in misura sempre maggiore all'interno di obiettivi regionali da dare alle ATS, che però mantengono una corretta autonomia viste le differenze territoriali, le quali comportano esigenze di varia natura.

Va sottolineata anche la presenza di un continuo dialogo tra DGW e ATS. I dati di negoziazione fissati da ATS sono poi comunque approvati da Regione Lombardia.

Si è cercato di approfondire se risulta utile mantenere il sistema attuale o tornare al modello nazionale. Questo elemento viene posto all'attenzione anche in merito al

fatto che la numerosità degli enti, in ambito soprattutto sociosanitario, rende difficile che, a parità di risorse, possa essere realmente attuato un principio di concorrenza.

Inoltre, relativamente alla programmazione, il giudice amministrativo oltre alla storicizzazione rigida, contesta una scarsa programmazione dei fabbisogni. Tale critica si consolida dal momento che manca, come detto, da 7 anni un piano sociosanitario.

A tale proposito viene confermata la presentazione del piano sociosanitario; è stato presentato, a inizio novembre, agli stakeholders e sarà portato all'attenzione della Giunta Regionale entro fine dicembre 2023. In merito a ciò, ci si domanda se valga la pena imporre il blocco degli accreditamenti. Persiste una certa pressione anche da soggetti che aprono nuove strutture. L'attuazione del DL concorrenza, quindi, sarà da considerarsi come la vera svolta. Sarà veramente il momento chiave e presumibilmente si concretizzerà a fine marzo 2024.

Un'altra questione oggetto di riflessione è la possibilità che l'accredimento abbia un tempo predefinito e non un tempo sostanzialmente illimitato. Ciò significa verificare periodicamente le condizioni e i requisiti strutturali per accreditarsi. In questo modo diverrebbe uno strumento di contingentamento del sistema, introducendo maggiori gradi di libertà e di governo. Esistono già dei principi in tal senso, nella proposta di PSSR.

La DGW concorda con ORAC sulla necessità di mettere mano alla legge onde evitare che il piano possa risultare incoerente con la l.r. 33/2009.

Emerge il suggerimento di ORAC di predisporre, ogni due o tre anni, anche una relazione sull'andamento delle dinamiche assistenziali (domande di servizi e prestazioni sui singoli territori), in modo da orientare, in modo trasparente, le scelte imprenditoriali in coerenza con le esigenze e la programmazione pubblica.

Quanto, infine, alla preoccupazione manifestata da ORAC in ordine alla conoscenza continua, completa e quantitativa dei descritti processi, la Direzione precisa che attualmente il sistema informatico di monitoraggio (**ASAN, AFAM, il "Data Warehouse" e "Contratti web"**) garantisce anche il caricamento di tutti i contratti con i relativi importi.

6. Conclusioni

Nel sistema sanitario nazionale il processo, detto delle tre A (autorizzazione, accreditamento e accordi negoziali) è rigido, fortemente centralizzato a livello regionale e fondato sulla programmazione dei fabbisogni (come principalmente definiti nei dpcm LEA) in relazione alle disponibilità finanziarie. Nessuna autorizzazione e nessun accreditamento è consentita al di fuori della programmazione. Il sistema lombardo si è sviluppato, sin dal 1997 (l.r. 31) su direttrici del tutto peculiari, così riassumibili:

1. separazione della funzione di erogazione da quella di acquisto e controllo. Ne consegue che le ASL lombarde (ora ATS) non gestiscono ospedali, ambulatori o unità d'offerta sociosanitarie (con una sola eccezione, la RSA Sandro Pertini di

- Garbagnate) , ma concorrono, con la regione, alla programmazione, stipulano i contratti con gli erogatori e controllano che gli stessi abbiano e mantengano i requisiti (standard) di legge. I contratti sono stipulati sulla base di uno schema-tipo regionale. La giurisprudenza ha chiarito che non si tratta di una vera negoziazione, ma di un'offerta al pubblico, fatta dalla PA agli erogatori privati
2. le erogazioni sono eseguite dagli ospedali o dagli ambulatori che, nell'ambito pubblicistico dipendono dalle ASST, salvi i casi- come gli IRCCS- di riconosciuta autonomia.
 3. la programmazione non è allocata a monte del processo (autorizzazione e accreditamento), ma a valle, cioè al momento della negoziazione. L'accreditamento, come le autorizzazioni, sono assoggettate ad un mero regime abilitativo, condizionate dal solo possesso dei requisiti di legge.
 4. gli erogatori, pubblici e privati, hanno pari diritti ed obblighi, nell'ambito della programmazione e delle regole pubblicistiche.

Tanto considerato codesto Organismo, nell'ambito dei propri poteri si è posto l'obiettivo di verificare se il processo che porta alle erogazioni si svolga secondo canoni di razionalità, economicità, imparzialità ed efficacia, con riguardo ai diversi presidi di controllo, propedeutici e successivi alle abilitazioni e alla contrattualizzazione.

La verifica acquista una particolare pregnanza alla luce del processo, avviato in via giurisprudenziale prima e normativo poi con l'art.15 della legge concorrenza del 5 agosto 2022, di superamento graduale del blocco del "quasi mercato sanitario" a danno dei nuovi potenziali erogatori, che non sono ammessi ad erogare per conto e a nome del SSN, a causa della totale copertura dei fabbisogni da parte dei produttori "storici" cui viene annualmente rinnovato il budget di produzione.

Ai fini della verifica questo organismo ha acquisito varia documentazione e informazioni dirette mediante audizioni, l'ultima delle quali, tenutasi con la DGW il 28 novembre 2023 ha fornito elementi rilevanti in ordine ai profili più controversi, così sintetizzabili:

1. quanto al monitoraggio dei dati relativi ad accreditamenti e contratti, la DGW ha chiarito che esistono più data-base (ASAN e AFAM) e che la Direzione accoglie l'invito di ORAC a procedere verso una loro semplificazione, integrazione e trasparenza, tale da mettere tutti gli attori del processo (ATS, DGW) nella piena e continua conoscenza del processo e della sua evoluzione nel tempo.
2. il presupposto fondamentale per un corretto processo di accreditamento e contrattualizzazione è costituito dalla analisi puntuale e aggiornata dei vari fabbisogni sui singoli territori: vale a dire di una programmazione che in Lombardia manca da quasi 10 anni. A questo proposito la DGW informa ORAC che è stata di recente predisposta una proposta di Piano, che verrà portata all'approvazione della Giunta prima e poi del Consiglio.
3. l'anomalia lombarda di un accreditamento senza valenza programmatoria, che genera aspettative di contrattualizzazione e contenziosi soprattutto nell'ambito sociosanitario, dovrebbe essere corretta dal Piano sociosanitario; ORAC ricorda che dovrà essere corretta o adeguata anche la norma (l.3/2009) che la contempla.

4. la legge concorrenza, all'art.15, che spinge verso una maggiore graduale apertura del regime erogativi ai nuovi soggetti è oggetto di revisione a livello nazionale, e se ne parlerà nel 2024. La regione e le ATS sono chiamate a fissare limiti e criteri per i nuovi accessi, operazione non semplice da realizzare a risorse invariate.

ORAC rappresenta la necessità che periodicamente (ad esempio ogni 3 anni) Regione si faccia carico di una analisi puntuale e aggiornata dei bisogni di salute sul territorio (a partire dai dati di evoluzione demografica), della misura delle capacità erogatrici delle proprie strutture e che siano i risultati di tale analisi a definire, orientare e dimensionare lo sviluppo dell'accreditamento delle strutture private, a seguito delle reali necessità emerse.

In conclusione, annunciandosi a breve modifiche rilevanti sull'intero processo erogativo, da parte di ORAC è opportuno che valutazioni e raccomandazioni specifiche attendano il verificarsi di tali modifiche.

Ci si riserva dunque, nel 2024, di fare il punto sui cambiamenti attesi e sopra riassunti, con invito alla Direzione di proseguire speditamente secondo le linee illustrate e di tenere aggiornato l'organismo.

PARTE II – Pronto Soccorso

7. Il sovraffollamento in Pronto Soccorso

L'analisi svolta dal Gruppo di Lavoro si è concentrata sul processo del “boarding” in pronto soccorso, ovvero lo stazionamento dei pazienti in attesa di ricovero, che attualmente assume valori anomali con conseguenze negative sia sugli utenti che sul personale.

A questo fine, a partire dalla schematizzazione dell'accesso al Pronto Soccorso (Fig. 2), si sono analizzate le normative nazionali e regionali e le misure del fenomeno, confrontandosi con AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza).

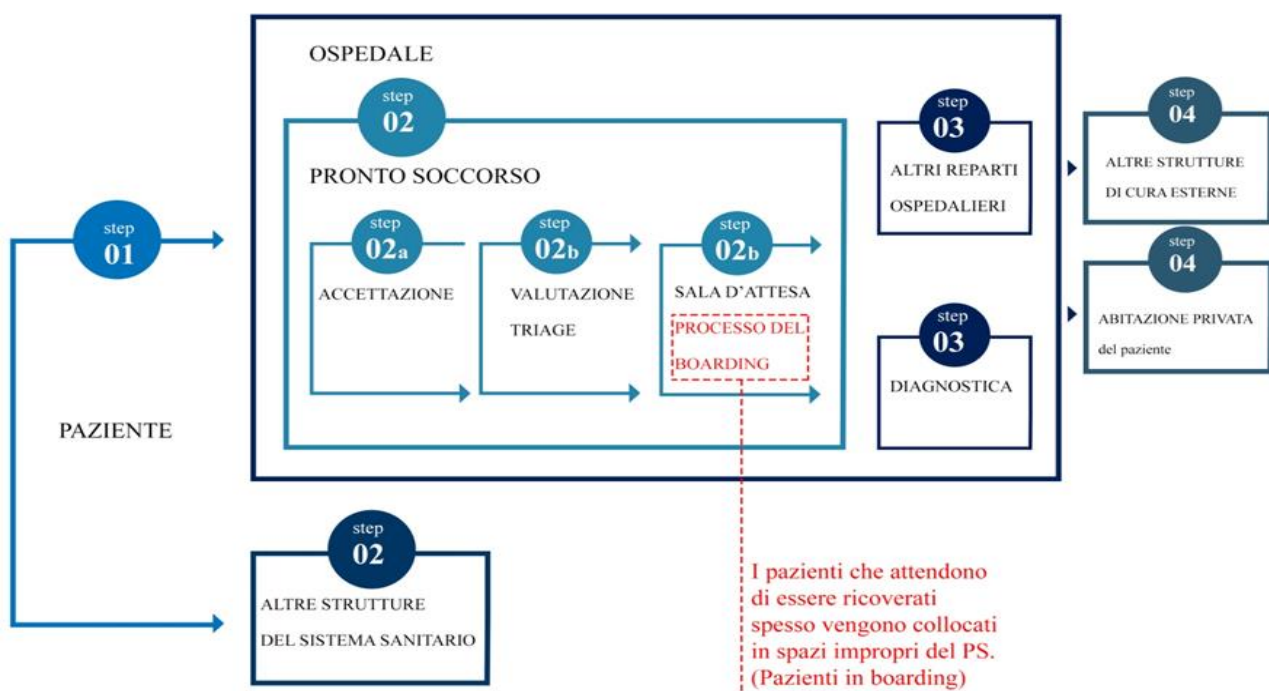


Fig. 2 - Schematizzazione dell'accesso al PS e del processo del boarding

In sintesi, il grado di sovraffollamento del Pronto Soccorso è causato:

- dagli accessi (numero di pazienti che entrano in Pronto Soccorso)
- dal percorso organizzativo all'interno del Pronto Soccorso
- dall'interazione del Pronto Soccorso con il resto della struttura ospedaliera
- dall'interazione del Pronto Soccorso e della struttura ospedaliera con altre strutture esterne in grado di assorbire e proseguire il processo di cura iniziato al pronto Soccorso.

Le cause del sovraffollamento dipendono dunque sia da fattori “esterni” che “interni”.

L'anomalo **numero di accessi** al Pronto Soccorso dipende in genere dal non perfetto funzionamento del resto del sistema sanitario a livello territoriale, che non è in grado di assorbire e filtrare la normale domanda, ed è testimoniato dalle altissime percentuali di codici minori (casi non da P.S.) e di arrivi non mediati da altri attori del sistema (MMG, ambulanze, Guardia Medica, ecc..).

Il Pronto Soccorso è considerato dall'utenza il principale accesso al sistema sanitario in caso di bisogno anche lieve, proprio perché i restanti punti di accesso sono normalmente poco reperibili nel tempo e nello spazio.

È chiaro che per "liberare" il Pronto Soccorso da questo eccesso di ingressi impropri (che causa affollamento e difficoltà di funzionamento) è necessario agire sul resto del sistema sanitario.

Un efficiente percorso organizzativo, idonei spazi disponibili e un giusto dimensionamento del personale in PS sono **fattori interni** necessari per il suo funzionamento ottimale.

Ma forse la principale causa di sovraffollamento e di anomali tempi di attesa nasce dall'interazione tra PS e resto della struttura ospedaliera. In particolare, emerge la carenza di coordinamento tra PS e altri reparti destinati al ricovero dei casi più impegnativi. Il PS non dispone in "automatico" della possibilità di trasferire pazienti negli altri reparti e spesso non dispone neanche dell'informazione dei letti disponibili nel resto dei reparti. Va inoltre considerato il giusto dimensionamento dei letti ospedalieri.

Stessa **difficoltà** si manifesta nel percorso **verso strutture esterne** più adeguate dal punto di vista clinico

8. Conseguenze del sovraffollamento

Il sovraffollamento in PS produce effetti negativi sui pazienti, sul personale e sull'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

Effetti sul paziente:

Mortalità e Gravi Danneggiamenti: tutti gli studi mostrano che il sovraffollamento è associato a un aumento significativo dei tassi di mortalità, in particolare tra i pazienti critici ricoverati nei PS. I pazienti che si presentano durante periodi di sovraffollamento hanno una mortalità ospedaliera a 10 giorni più alta rispetto a quelli che arrivano durante turni meno affollati. Questo implica che l'affollamento può portare a eventi gravi e danni al paziente che potrebbero essere evitati.

Ritardo nell'informazione e Trattamento: L'affollamento porta a ritardi nell'informazione agli utenti e alle loro famiglie, si traduce in ritardi nel trattamento, con effetti negativi sulla durata della degenza, soprattutto per i pazienti anziani.

Mancanza di Somministrazione Tempestiva di Farmaci e Trattamenti:

L'affollamento influisce negativamente sulla somministrazione tempestiva di fluidi e antibiotici, rispettando i protocolli di trattamento della sepsi. Inoltre, aumenta i tempi

di esecuzione della tomografia computerizzata (TC) e il tempo di diagnosi di patologie come la polmonite, ritardando il trattamento antibiotico. Anche la somministrazione di farmaci antidolorifici ai pazienti con dolore addominale subisce ritardi.

Ritardo nelle Dimissioni e Aumento degli Abbandoni: L'affollamento causa ritardi nelle dimissioni a domicilio e aumenta il tasso di abbandono dei pazienti dai PS. Inoltre, diminuisce la privacy e riduce la soddisfazione dei pazienti ricoverati.

Effetti sul Personale:

Episodi di Violenza: Il personale medico è esposto a un rischio maggiore di episodi violenti a causa dell'affollamento.

Soddisfazione Ridotta: Il personale medico è meno soddisfatto quando il PS è affollato.

Aumento del Burnout: Il tempo prolungato trascorso nei PS e l'assistenza nei corridoi durante la permanenza in PS sono correlati allo sviluppo di stress del personale medico. Inoltre, l'affollamento aumenta la probabilità di errori di medicazione.

Effetti sull'organizzazione:

Deviazione delle Ambulanze e Indisponibilità: L'affollamento porta alla deviazione delle ambulanze, che possono non essere disponibili per emergenze.

Aumento delle Controversie Legal: Si verificano più dispute legali a causa dell'affollamento nei PS.

Ritardi nell'Interpretazione della TC: L'affollamento causa ritardi di quasi due ore nell'interpretazione della tomografia computerizzata (TC), potenzialmente ritardando la gestione chirurgica.

Aumento della Mortalità Ospedaliera: L'affollamento è associato a un aumento della mortalità ospedaliera, della necessità di trasferimento in terapia intensiva e della durata della degenza.

Costi Più Elevati: I pazienti che si presentano durante periodi di affollamento hanno una mortalità, una degenza totale e costi ospedalieri più alti rispetto a quelli che si presentano in periodi meno affollati.

In conclusione, l'affollamento nei PS ha conseguenze gravi e negative per i pazienti, il personale medico e l'organizzazione sanitaria. Prevenire il rischio di

sovraffollamento non è un onere unico del pronto soccorso, ma dell'intero sistema sanitario.

9. Recenti decisioni e azioni in atto in Lombardia

Con Deliberazione n. XI/6893 del 5 settembre 2022, la Giunta Regionale ha approvato il documento avente ad oggetto: *“Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso.*

I principali obiettivi sono:

1) Disponibilità di posti letto di area medica

Ciascuna delle ASST/IRCCS, dotate di servizi di Pronto Soccorso è tenuta a garantire, anche nei giorni festivi e nel fine settimana, un contingente minimo giornaliero di posti letto all'interno delle Unità Operative di ambito medico per accogliere i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

La priorità nell'ammissione dei pazienti dovrà essere assegnata alle condizioni di salute che richiedono un intervento temporale immediato, in particolare per i pazienti con necessità di assistenza a livello semintensivo.

Ciascuna Azienda è tenuta a elaborare un'apposita procedura aziendale che definisca le modalità per la disponibilità dei posti letto e il flusso di pazienti dal Pronto Soccorso alle Unità Operative di degenza.

2) Bed Manager e Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica

Ogni IRCCS/ASST dovrà dotarsi di un Bed Manager e un *“Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica”* che definiranno le strategie per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operativa.

3) Spazi dedicati

Ciascun ente ospedaliero sarà tenuto a istituire due spazi distinti:

- una *"admission room"* dedicata ai pazienti che hanno completato il processo di emergenza-urgenza presso il Pronto Soccorso e attendono il loro trasferimento all'Unità Operativa,
- una *"discharge room"* riservata ai pazienti provenienti da un'Unità Operativa di degenza in attesa di essere rilasciati per il ritorno a casa o il trasferimento presso altre strutture territoriali.

Inoltre, sarà necessario elaborare, in caso di sovraffollamento, delle strategie alternative per la gestione dei pazienti. È anche necessario identificare i percorsi per la gestione delle *"dimissioni complesse"*, specialmente per quanto riguarda i trasferimenti verso altri ospedali, strutture riabilitative e unità di offerta residenziale all'interno della rete territoriale.

Con ulteriore Deliberazione n. XII/787 del 31 luglio 2023, la Giunta Regionale ha approvato il documento avente ad oggetto: "Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera", mirante ad una migliore distribuzione delle strutture di emergenza urgenza sul territorio.

10. Audizione AREU

Il Direttore Generale e il Direttore Sanitario di AREU hanno illustrato l'attività e l'organizzazione della Agenzia, organizzazione separata ma fortemente integrata con le Istituzioni regionali.

Una caratteristica peculiare di Regione Lombardia è che il personale che lavora negli ospedali è lo stesso di quello che lavora nel settore emergenziale mentre in altre regioni è preponderante la componente del Convenzionato.

A partire dal 2010, progressivamente, si è scelto di concentrare il personale dell'emergenza nei Pronto Soccorso arginando in tal modo la carenza di personale medico nel settore.

AREU dispone di 350 ambulanze, 110 mezzi di soccorso avanzato e 5 elicotteri, oltre alla capacità di coordinamento dei Pronto Soccorso. Nella sala operativa operano medici e infermieri.

In relazione agli accessi al P.S. si rileva che attualmente il 79% sono autopresentazioni e solo il 21% trasportati. Situazione diversa è stata quella relativa al periodo pandemico. In quel periodo è stata aperta una nuova sala operativa mettendo in atto una forma di medicina generale.

Ora tale sistema è confluito nella "Centrale Medica Integrata", a carattere regionale, su cui sono dirottate le schede di codici bianchi e verdi delle sale operative che precedentemente avrebbero trasportato il paziente al Pronto Soccorso generando sovraffollamento. Con tale nuova attività avviata da AREU in circa un anno e mezzo considerando solo l'area metropolitana di Milano sono stati ridotti i trasportati in PS di circa 12 mila pazienti.

È interessante sottolineare anche la nascita di "UNICA", utile per la continuità assistenziale, con cui si sono formati medici e operatori in moda da far defluire le chiamate.

È stato aperto anche il numero telefonico **116-117**: un "contact center" aperto per i 10 milioni di cittadini lombardi. A riguardo, inoltre, si sottolinea come generalmente il medico generale spesso fatica a fornire una risposta esaustiva soprattutto in alcune parti del giorno, e questo fa sì che le chiamate siano molte volte in orario serale.

Sul fenomeno del "boarding" in PS, si ritiene necessario che il personale medico del settore sia a conoscenza in tempo reale dei posti letto liberi (occupabili) e abbia la possibilità di occuparli non appena ve ne sia bisogno.

Ad AREU è stato dato il ruolo di monitoraggio delle diverse fasi di PS. Ogni mese AREU redige un report apposito in cui sono riportati numerosi indicatori.

È presente una piattaforma online che mette in connessione i Pronto Soccorso con le sale di emergenza-urgenza dell'agenzia. AREU risulta così in grado di osservare l'attività dei Pronto Soccorso e tutti i principali indicatori.

È possibile comprendere come agiscono i diversi ospedali, le diverse percentuali di ricovero, la dimensione del boarding e la dimensione di affollamento.

Dalla correlazione tra performance e posti letto si può dedurre che manchino circa 4000 posti letto. Si suggerisce che è più utile una organizzazione degli ospedali per dipartimenti e non per reparti.

Viene anche fatto presente che AREU prossimamente attuerà azioni nei confronti delle RSA: infatti il trasferimento di pazienti dalle RSA al Pronto Soccorso è da considerarsi come troppo elevato e non sempre giustificato.

AREU si dichiara disponibile a proficui scambi di informazioni mettendo anche ORAC in grado di accedere alla piattaforma online, di modo che possa prendere visione della reportistica redatta da AREU.

Viene segnalato che il numero 116117, che nasce da una linea operativa UE, ha grandi potenzialità, potendo divenire un vero "contact center" a disposizione del cittadino bisognoso di accesso, servizi e primo accesso al sistema sanitario.

Su questo fronte molte altre regioni italiane sono in ritardo rispetto a Regione Lombardia. Un simile sistema è presente in Piemonte, e a breve tale sperimentazione avrà inizio in Emilia-Romagna; in Toscana vedrà la luce a febbraio, la Sardegna lo avrà solo vicino all'area di Cagliari. Progressivamente ma con tempi non prevedibili, si attiveranno anche le altre regioni.

11. Conclusioni

Il problema del sovraffollamento del Pronto Soccorso deriva da diverse cause; alcune interne alla struttura ospedaliera in cui opera, altre esterne e relative all'interazione con il resto del sistema sanitario.

Recentemente Regione Lombardia ha assunto alcune delibere miranti ad una migliore organizzazione del settore e a limitare il fenomeno del sovraffollamento.

Il tempo trascorso dall'assunzione di tali decisioni è breve e non consente di valutarne appieno gli effetti sul sistema e sui suoi sottoinsiemi organizzativi.

In attesa di verifiche, in base alle analisi svolte e anche alle informazioni assunte nell'ambito delle audizioni appare comunque possibile avanzare le seguenti **raccomandazioni e suggerimenti**:

- attribuire al Pronto Soccorso maggiore "potere" decisionale sull'occupazione dei letti degli altri reparti della struttura

- dotare i Pronto Soccorso di strumenti informatici in grado di conoscere in tempo reale le disponibilità interne ed esterne utili per ricoverare o trasferire i pazienti nei luoghi di cura più idonei ed appropriati
- valutare un uso più diffuso e pubblicizzato del numero telefonico 116117 sulle 24 ore, già attivo: Areu potrebbe mettere a disposizione il suo dispositivo applicativo e assicurare la formazione del personale. In tal modo, con costi contenuti, si garantirebbe un filtro efficace sulla grande parte degli accessi impropri.