

DELIBERAZIONE

N° 1082 del 22/08/2025

Struttura proponente UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI	Proposta n. 1340 (Digitale) del 18/08/2025
Oggetto: Indizione della "Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi".	
A CURA DELLA STRUTTURA PROPONENTE <i>Il Direttore, a seguito dell'istruttoria effettuata, con la sottoscrizione del presente atto, <u>ATTESTA CHE</u>, come meglio riportato nel preambolo e nel dispositivo deliberativo:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>L'atto è legittimo e utile per il pubblico servizio;</i>• <i>I costi/ricavi, così come riportati nel dispositivo, sono correttamente valorizzati in relazione agli effetti derivanti dal presente atto</i> Gli oneri derivanti dal presente atto sono ricompresi nel budget di assegnazione	
L'estensore Flavia Conte	Data 18/08/2025
Responsabile del Procedimento: Flavia Conte	Data 18/08/2025
Il Direttore Paola Tigani	Data 18/08/2025
A CURA DEL DIRETTORE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE <i>Il Direttore, con la sottoscrizione del presente atto:</i> <u>ATTESTA</u> che i costi/ricavi di cui al presente atto, così come riportati e valorizzati nel dispositivo a cura della struttura Proponente, sono correttamente imputati sui conti/sottoconti economici/patrimoniali ivi indicati. <u>CONFERMA</u> che gli oneri di cui al presente atto sono ricompresi nel budget di assegnazione.	
Il Direttore (Delegato) Di Pasquale Alessandro	Data 18/08/2025
Parere Direttore Amministrativo <i>Favorevole</i> Francesco Cosi 19/08/2025	Parere Direttore Sanitario <i>Favorevole</i> Andrea Magrini 20/08/2025
Il Commissario Straordinario	<i>Firmato Ferdinando Romano</i>
<i>La presente deliberazione si compone di n. 187 pagine, di cui n. 178 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale</i>	

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

IL DIRETTORE F.F. DELLA U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori

PREMESSO CHE, la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata:

- con Deliberazione n. 1010 del 30 dicembre 2020, ha disposto l'aggiudicazione della "Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 36, comma 2 lett. b) e comma 6) del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento biennale del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata", in favore dell'operatore economico SOGESP SRL, per un importo complessivo pari a € 80.388,24 Iva al 22% inclusa;
- con Deliberazione n. 121 del 02/02/2023, ha disposto la ripetizione dei servizi analoghi a favore dell'aggiudicatario, ai sensi dell'art. 63 comma 5 del Codice e così come previsto dall'art. 3 del Contratto, per un importo pari a € 80.388,24 Iva al 22% inclusa.

PREMESSO, INOLTRE, CHE con nota prot. n. 1452/2025, conservata agli atti d'ufficio, il Dott. Stefano Piccari, DEC del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile in parola, ha comunicato alla UOC Acquisizioni forniture, servizi e lavori, la necessità, stante la scadenza del contratto con l'operatore economico SOGESP SRL, di procedere ad individuazione di un nuovo aggiudicatario del servizio, contestualmente trasmettendo il Capitolato di gara, i criteri di valutazione, il relativo fabbisogno, gli operatori economici da invitare, nonché l'importo da porre a base di gara per un importo biennale massimo pari a € 212.000,00 oltre IVA al 22%;

RICHIAMATO il D. Lgs. n. 36 del 31/03/2023, "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";

VISTO l'art. 25 del Codice che impone l'utilizzo di piattaforme elettroniche di negoziazione, che garantiscono il rispetto dell'integrità dei dati e la riservatezza delle offerte nelle procedure di affidamento;

TENTO CONTO CHE la procedura di cui al presente provvedimento sarà aggiudicata in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 108, comma 2 del D.Lgs. 36/2023, con la previsione di 70 punti quale punteggio massimo di merito tecnico e 30 punti quale punteggio massimo di merito economico, trattandosi di servizio di natura intellettuale con caratteristiche non standardizzate e le cui condizioni non sono stabilite dal mercato di riferimento;

TENUTO CONTO, INOLTRE, CHE la nuova procedura negoziata è, altresì, strutturata come segue:

- RDO con un unico Lotto da svolgersi sul MEPA;
- punteggio di merito tecnico minimo pari a 36 punti;
- previsione dell'opzione di ripetizione dei servizi analoghi per ulteriori 12 mesi, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera a) del Codice;
- previsione della proroga tecnica del servizio per ulteriori massimo 6 mesi, ai sensi dell'art. 120, comma 11 del Codice, limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente.
- previsione del quinto d'obbligo, ai sensi dell'art. 120, comma 9 del Codice, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto.

DATO, ALTRESI', ATTO che questa Amministrazione si riserva la facoltà di non procedere all'affidamento in presenza di una sola offerta valida;

RITENUTO, PERTANTO, NECESSARIO, alla luce delle superiori premesse, procedere all'indizione della "Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi", per un valore complessivo posta a base di gara pari a € 212.000,00 IVA al 22% esclusa;

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

DATO ATTO CHE, ai fini dell'art. 14, comma 4, del Codice, il valore massimo stimato dell'appalto, comprensivo dell'opzione del rinnovo, della proroga e del quinto d'obbligo è pari a € 413.400,00 Iva esclusa, così suddiviso:

Importo appalto per 24 mesi IVA esclusa	€ 212.000,00
Importo massimo ripetizione servizi analoghi per 12 mesi	€ 106.000,00
Importo per l'opzione di proroga di ulteriori 6 mesi	€ 53.000,00
Importo massimo del quinto d'obbligo, in caso di variazioni in aumento	€ 42.400,00
Importo complessivo Iva esclusa	€ 413.400,00

VISTA la documentazione di gara, di cui si allegano i documenti di seguito individuati, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, ancorché non materialmente allegata data la voluminosità della stessa e conservata agli atti d'ufficio costituita del Disciplinare di gara (Allegato A al presente atto) e dai relativi allegati al Disciplinare qui di seguito elencati:

- Allegato 1 - Capitolato tecnico
- Allegato 1A – DGR 938 del 15.11.2024
- Allegato 1B- DCS PTV n. 447/2025
- Allegato 2 - Domanda di partecipazione
- DGUE - documento di gara unico europeo
- Allegato 3 – Patto d'integrità (art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012)
- Allegato 4 - Schema elementi migliorativi
- Allegato 5 - Schema offerta economica
- Allegato 6 - Atto di nomina a responsabile trattamento dati
- Allegato 7 - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI)

VERIFICATO che per quanto riguarda la definizione degli oneri derivanti dal presente atto d'indizione, pari a complessivi € 258.640,00 Iva al 22 % inclusa, gli stessi graveranno sui seguenti sotto-conti, per i bilanci degli esercizi di seguito indicati, a partire presuntivamente dal 01/02/2026, tenuto conto della tempistica per la conclusione della procedura:

Sottoconto	2026	2027	2028
502020119000 <i>Altri servizi non sanitari da privato</i>	€ 118.543,00	€ 129.320,00	€ 10.777,00

DATO ATTO, ALTRESÌ, CHE con Deliberazioni n. 1085 del 21/09/2023 avente ad oggetto "Approvazione Regolamento recante le norme per la ripartizione degli incentivi per le funzioni tecniche ex art. 45 del D. Lgs. 31 marzo 2023 n. 36" è stato approvato il Regolamento per la ripartizione degli incentivi ex art. 45 del Codice;

CONSIDERATO, PERTANTO, CHE al presente affidamento si applica il D.lgs. 36/2023 e pertanto ai fini delle funzioni tecniche ex art. 45 del D.lgs. stesso, si provvede ad accantonare, il 2 % del valore complessivo dell'affidamento al netto dell'IVA, che risulta essere pari a € 4.240,00 e che sarà, eventualmente suddiviso in funzione del Regolamento all'uopo approvato dal PTV;

RITENUTO di dover dare corso, relativamente all'affidamento in oggetto, alla nomina del Responsabile del unico del progetto con i compiti previsti dal D. Lgs. 36/2023 (Codice) cui si fa integrale rinvio;

PREMESSO, INOLTRE, CHE con la sopracitata nota, il DEC del contratto in essere, Dott. Stefano Piccari, ha comunicato altresì la necessità di prorogare per ulteriori 6 mesi il servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile e, per l'effetto, il contratto dell'operatore SOGESP SRL, per un importo pari a € 53.000,00 Iva esclusa, salvo il minor tempo per la conclusione della procedura di gara di cui al presente atto;

RITENUTO pertanto necessario, disporre, nelle more della conclusione della procedura di gara indetta con il presente provvedimento, proroga tecnica semestrale del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile e, per

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

l'effetto, il contratto dell'operatore SOGESP SRL, agli stessi patti e condizioni, per un valore massimo pari a € 64.660,00 Iva al 22% inclusa;

DATO ATTO CHE alla proroga tecnica in argomento si applica il D.Lgs. 50/2016 e successive modificazioni e integrazioni e, in merito agli incentivi ex art. 113 del Codice, i regolamenti del PTV approvati con Deliberazioni nn. 177 del 15/12/2021 e 1070 di pari data;

CONSIDERATO, PERTANTO, CHE per detti incentivi è stato individuato un apposito fondo per la successiva ripartizione degli stessi che andranno a gravare sugli specifici sotto-conti, per un importo pari a € 1.060,00 (stanziamento del 2% sull'importo dell'affidamento al netto dell'IVA pari ad € 53.000,00) e, precisamente:

- 516040605000 - € 848,00 (1,60% massimo destinato al personale);
- 516040605999 - € 212,00 (0,40% destinato all'accantonamento fondo PTV);

VERIFICATO che per quanto riguarda la definizione degli oneri derivanti dalla proroga sopra richiesta, pari a complessivi € 64.660,00 Iva al 22% inclusa, gli stessi graveranno sui seguenti sottoconti, come di seguito indicato:

Sottoconto	2025	2026
502020119000 Altri servizi non sanitari da privato	€ 53.883,00	€ 10.777,00

ACQUISITA da parte del responsabile della struttura proponente assegnataria dello stanziamento di budget, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che gli oneri di cui al presente atto - così come sopra individuati nel dispositivo unitamente ai sotto-conti economici di rispettivo riferimento - non comportano scostamento rispetto al budget di assegnazione di cui alla DDG n. 1728 del 30/12/2024 ad oggetto "Proposta di Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2025 ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs n. 118/2021 e ss.mm.ii." approvato dal CdA nella seduta del 31/12/2024, e che la restante quota parte sarà ricompresa nei relativi bilanci di previsione;

VISTO il parere del Direttore Sanitario f.f. e del Direttore Amministrativo f.f. in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza,

ATTESTATO CHE:

- il Responsabile del Procedimento coincide con il Responsabile della Proposta che ha dato avvio all'iter procedimentale valutando, ai fini istruttori, le condizioni di ammissibilità, i requisiti di legittimazione e i presupposti rilevanti per l'emanazione del presente provvedimento, avendo accertato d'ufficio i fatti;
- con assunzione unilaterale di responsabilità amministrativa e tecnica, che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'articolo 1 della Legge n. 20/1994 e successive modificazioni, nonché rispondente ai criteri di economicità e di efficacia di cui all'articolo 1, primo comma, della Legge n. 241/90 e successive modificazioni e integrazioni;
- il presente provvedimento è stato redatto nel rispetto dei principi e delle disposizioni in materia di trattamento dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per quanto concerne la pubblicazione sull'Albo Pretorio on line;

PROPONE

per le motivazioni esposte in narrative e che si intendono integralmente riportate:

1. di autorizzare l'indizione della "Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi”, per un valore complessivo posto a base di gara pari a € 212.00,00 IVA al 22% esclusa;

2. di far gravare gli oneri derivanti dal presente atto d’indizione, pari a complessivi € 258.640,00 Iva al 22 % inclusa, sul seguente sottoconto, per i bilanci degli esercizi di seguito indicati, a partire presuntivamente dal 01/02/2026, tenuto conto della tempistica per la conclusione della procedura:

Sottoconto	2026	2027	2028
502020119000 Altri servizi non sanitari da privato	€ 118.543,00	€ 129.320,00	€ 10.777,00

3. di dare atto che la procedura di gara di cui al precedente punto 1 è strutturata come segue:
- RDO con un unico Lotto da svolgersi sul MEPA;
 - aggiudicazione secondo il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell’art. 108, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 36/2023, con la previsione di 70 punti quale punteggio massimo di merito tecnico e 30 punti quale punteggio massimi di merito economico;
 - punteggio di merito tecnico minimo pari a 36 punti;
 - previsione dell’opzione di ripetizione dei servizi analoghi per ulteriori 12 mesi, ai sensi dell’articolo 120, comma 1, lettera a) del Codice;
 - previsione della proroga tecnica del servizio per ulteriori massimo 6 mesi, ai sensi dell’art. 120, comma 11 del Codice, limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l’individuazione di un nuovo contraente;
 - previsione del quinto d’obbligo, ai sensi dell’art. 120, comma 9 del Codice, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell’importo del contratto.
4. di dare atto che questa Amministrazione si riserva la facoltà di non procedere all'affidamento in presenza di una sola offerta valida;
5. di approvare la documentazione di gara – conservata in atti d’ufficio – che costituisce parte integrante della presente deliberazione, ancorché non materialmente allegata data la voluminosità della stessa, costituita dal Disciplinare di gara (Allegato A al presente atto) e dai relativi allegati al Disciplinare qui di seguito elencati:
- Allegato 1 - Capitolato tecnico
 - Allegato 1A – DGR 938 del 15.11.2024
 - Allegato 1B- DCS PTV n. 447/2025
 - Allegato 2 - Domanda di partecipazione
 - DGUE - documento di gara unico europeo
 - Allegato 3 – Patto d’integrità (art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012)
 - Allegato 4 - Schema elementi migliorativi
 - Allegato 5 - Schema offerta economica
 - Allegato 6 - Atto di nomina a responsabile trattamento dati
 - Allegato 7 - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI)
6. di autorizzare la ripartizione degli incentivi per l’affidamento di cui al punto 1, ex art. 45 del D.lgs. stesso, si provvede ad accantonare, il 2 % del valore complessivo dell’affidamento al netto dell’IVA che risulta essere pari a € 4.240,00 e che sarà, eventualmente suddiviso in funzione del Regolamento all’uopo approvato dal PTV;
7. di autorizzare, nelle more della conclusione della procedura di gara indetta con il presente provvedimento, proroga tecnica semestrale del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile e, per

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

l'effetto, il contratto dell'operatore SOGESP SRL, agli stessi patti e condizioni, per un valore massimo pari a € 53.000,00 Iva al 22% esclusa, nelle more della conclusione della procedura di gara di cui al punto 1;

8. di far gravare gli oneri relativi alla proroga tecnica, di cui al precedente punto 7, pari a complessivi € 64.660,00 Iva al 22% inclusa, sui seguenti sottoconti, come di seguito indicato:

Sottoconto	2025	2026
502020119000 Altri servizi non sanitari da privato	€ 53.883,00	€ 10.777,00

9. di dare atto che:
- gli oneri di cui ai punti 2 e 8 relativi all'esercizio 2025 non comportano scostamento rispetto al budget di assegnazione di cui alla DDG n. 1728 del 30/12/2024 ad oggetto "Proposta di Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2025 ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs n. 118/2021 e ss.mm.ii." approvato dal CdA nella seduta del 31/12/2024;
 - gli oneri relativi ai successivi anni, saranno ricompresi nei relativi bilanci di previsione;
 - gli oneri relativi alle funzioni tecniche di cui all'art. 113 comma 2 del D.Lgs. 50/2016 e all'art. 45 del D.Lgs. 36/2023, saranno oggetto di ripartizione a favore del personale all'uopo individuato;
10. di nominare RUP per la procedura di cui al punto 1 e per l'affidamento in proroga di cui al punto 7, la Dott.ssa Flavia Conte, Collaboratore amministrativo presso UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori, con i compiti previsti dall'art. 15 del D.lgs. 36/2023 e dal D.lgs. 50/2016, cui si fa integrale rinvio;
11. di dare mandato al RUP per l'espletamento di tutti gli adempimenti connessi al presente provvedimento;
12. di nominare DEC per la procedura di cui al punto 1 e per l'affidamento in proroga di cui al punto 7, il Dott. Stefano Piccari, con i compiti previsti dal D.lgs. 36/2023, cui si fa integrale rinvio;
13. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo in applicazione dell'art.21 quarter della Legge 7 agosto 1990 n.241;
14. di inviare copia del presente atto, per gli aspetti di rispettiva competenza, alle Strutture interessate dal contenuto dello stesso: UOC Risorse Economiche e Finanziarie;
15. di provvedere, ai sensi dell'art. 20 e 23, comma 1, del D.Lgs. 36/2023 alla pubblicazione del presente provvedimento sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet della Fondazione PTV.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO CHE con deliberazione di Giunta regionale n. 90 del 20 febbraio 2024 è stato disposto il commissariamento dell'AOU Policlinico Tor Vergata, secondo la procedura prevista dall'art. 2 del D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.;

PRESO ATTO CHE:

- il Presidente della Regione Lazio, con proprio Decreto n. T00099 dell'11 luglio 2025 ad oggetto "Designazione del Commissario straordinario dell'AOU Policlinico Tor Vergata (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)" ha disposto «di nominare Commissario straordinario dell'AOU Policlinico Tor Vergata il Prof. Ferdinando Romano, con effetto immediato fino alla nomina del nuovo Direttore Generale, secondo la procedura prevista dall'art. 2 D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.»;
- il Consiglio di Amministrazione della Fondazione PTV, con propria deliberazione assunta in data 16/07/2025, ha nominato ai sensi dell'art. 18 dello Statuto della Fondazione PTV, il Prof. Ferdinando

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

Romano Commissario straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, a decorrere dal 16 luglio 2025, per tutta la durata del commissariamento dell'AOU PTV fino alla nomina del nuovo Direttore generale», dando atto che lo stesso « Prof. Ferdinando Romano svolgerà, in forza del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00099 dell'11 luglio 2025, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata»;

PER EFFETTO dei poteri previsti in forza del richiamato Decreto n. T00099 dell'11 luglio 2025 e della nomina disposta con la citata deliberazione del CDA in data 16/07/2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Responsabile della Struttura indicata in frontespizio;

PRESO ATTO di tutto quanto esposto in narrativa;

VISTI i pareri del Direttore Amministrativo f.f. e del Direttore Sanitario f.f. riportati in frontespizio;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto il “servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024” e conseguentemente:

1. di autorizzare l'indizione della “Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi”, per un valore complessivo posto a base di gara pari a € 212.00,00 IVA al 22% esclusa;
2. di far gravare gli oneri derivanti dal presente atto d'indizione, pari a complessivi € 258.640,00 Iva al 22 % inclusa, sul seguente sottoconto, per i bilanci degli esercizi di seguito indicati, a partire presuntivamente dal 01/02/2026, tenuto conto della tempistica per la conclusione della procedura:

Sottoconto	2026	2027	2028
502020119000 Altri servizi non sanitari da privato	€ 118.543,00	€ 129.320,00	€ 10.777,00

3. di dare atto che la procedura di gara di cui al precedente punto 1 è strutturata come segue:
 - RDO con un unico Lotto da svolgersi sul MEPA;
 - aggiudicazione secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 108, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 36/2023, con la previsione di 70 punti quale punteggio massimo di merito tecnico e 30 punti quale punteggio massimi di merito economico;
 - punteggio di merito tecnico minimo pari a 36 punti;
 - previsione dell'opzione di ripetizione dei servizi analoghi per ulteriori 12 mesi, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera a) del Codice;
 - previsione della proroga tecnica del servizio per ulteriori massimo 6 mesi, ai sensi dell'art. 120, comma 11 del Codice, limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente;
 - previsione del quinto d'obbligo, ai sensi dell'art. 120, comma 9 del Codice, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto.
4. di dare atto che questa Amministrazione si riserva la facoltà di non procedere all'affidamento in

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

presenza di una sola offerta valida;

5. di approvare la documentazione di gara – conservata in atti d’ufficio – che costituisce parte integrante della presente deliberazione, ancorché non materialmente allegata data la voluminosità della stessa, costituita dal Disciplinare di gara (Allegato A al presente atto) e dai relativi allegati al Disciplinare qui di seguito elencati:
 - Allegato 1 - Capitolato tecnico
 - Allegato 1A – DGR 938 del 15.11.2024
 - Allegato 1B- DCS PTV n. 447/2025
 - Allegato 2 - Domanda di partecipazione
 - DGUE - documento di gara unico europeo
 - Allegato 3 – Patto d’integrità (art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012)
 - Allegato 4 - Schema elementi migliorativi
 - Allegato 5 - Schema offerta economica
 - Allegato 6 - Atto di nomina a responsabile trattamento dati
 - Allegato 7 - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI)
6. di autorizzare la ripartizione degli incentivi per l’affidamento di cui al punto 1, ex art. 45 del D.lgs. stesso, si provvede ad accantonare, il 2 % del valore complessivo dell’affidamento al netto dell’IVA che risulta essere pari a € 4.240,00 e che sarà, eventualmente suddiviso in funzione del Regolamento all’uopo approvato dal PTV;
7. di autorizzare, nelle more della conclusione della procedura di gara indetta con il presente provvedimento, proroga tecnica semestrale del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile e, per l’effetto, il contratto dell’operatore SOGESP SRL, agli stessi patti e condizioni, per un valore massimo pari a € 53.000,00 Iva al 22% esclusa, nelle more della conclusione della procedura di gara di cui al punto 1;
8. di far gravare gli oneri relativi alla proroga tecnica, di cui al precedente punto 7, pari a complessivi € 64.660,00 Iva al 22% inclusa, sui seguenti sottoconti, come di seguito indicato:

Sottoconto	2025	2026
502020119000 Altri servizi non sanitari da privato	€ 53.883,00	€ 10.777,00

9. di dare atto che:
 - gli oneri di cui ai punti 2 e 8 relativi all’esercizio 2025 non comportano scostamento rispetto al budget di assegnazione di cui alla DDG n. 1728 del 30/12/2024 ad oggetto “Proposta di Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l’esercizio 2025 ai sensi dell’art. 25 del D.Lgs n. 118/2021 e ss.mm.ii.” approvato dal CdA nella seduta del 31/12/2024;
 - gli oneri relativi ai successivi anni, saranno ricompresi nei relativi bilanci di previsione;
 - gli oneri relativi alle funzioni tecniche di cui all’art. 113 comma 2 del D.Lgs. 50/2016 e all’art. 45 del D.Lgs. 36/2023, saranno oggetto di ripartizione a favore del personale all’uopo individuato;
10. di nominare RUP per la procedura di cui al punto 1 e per l’affidamento in proroga di cui al punto 7, la Dott.ssa Flavia Conte, Collaboratore amministrativo presso UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori, con i compiti previsti dall’art. 15 del D.lgs. 36/2023 e dal D.lgs. 50/2016, cui si fa integrale rinvio;
11. di dare mandato al RUP per l’espletamento di tutti gli adempimenti connessi al presente provvedimento;
12. di nominare DEC per la procedura di cui al punto 1 e per l’affidamento in proroga di cui al punto 7,

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

il Dott. Stefano Piccari, con i compiti previsti dal D.lgs. 36/2023, cui si fa integrale rinvio;

13. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo in applicazione dell'art.21 quarter della Legge 7 agosto 1990 n.241;
14. di inviare copia del presente atto, per gli aspetti di rispettiva competenza, alle Strutture interessate dal contenuto dello stesso: UOC Risorse Economiche e Finanziarie;
15. di provvedere, ai sensi dell'art. 20 e 23, comma 1, del D.Lgs. 36/2023 alla pubblicazione del presente provvedimento sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet della Fondazione PTV.

La presente deliberazione prevede n. 1 allegato - Allegato A Disciplinare di gara costituito da n. pagg. 30 e dai relativi allegati che, ancorché non acclusi al presente atto, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- Allegato 1 - Capitolato tecnico, n. pagg. 12;
- Allegato 1A – DGR 938 del 15.11.2024, n. pagg. 65;
- Allegato 1B- DCS PTV n. 447/2025, n. pagg. 20;
- Allegato 2 - Domanda di partecipazione, n. pagg. 6;
- DGUE - documento di gara unico europeo, n. pagg. 18;
- Allegato 3 – Patto d'integrità (art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012), n. pagg. 3;
- Allegato 4 - Schema elementi migliorativi, n. pag. 1;
- Allegato 5 - Schema offerta economica, n. pagg. 2;
- Allegato 6 - Atto di nomina a responsabile trattamento dati, n. pagg. 9;
- Allegato 7 - Documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI), n. pagg. 30.

Il provvedimento è posto in pubblicazione sull'Albo on line aziendale sul sito web istituzionale aziendale www.ptvonline.it per n.15 giorni consecutivi ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009 n.69 e ss.mm.ii. e contestualmente resa disponibile al Collegio dei Revisori.

Il Commissario Straordinario
PROF. FERDINANDO ROMANO



Fondazione PTV Policlino Tor Vergata

DISCIPLINARE DI GARA

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlino PTV Policlino Tor Vergata per la durata di 24 mesi



PREMESSE	4
1. PIATTAFORMA TELEMATICA.....	4
1.1 LA PIATTAFORMA TELEMATICA DI NEGOZIAZIONE	4
2. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI.....	5
2.1. DOCUMENTI DI GARA	5
2.2. Tempistica e chiarimenti.....	5
2.3. CHIARIMENTI.....	5
3.1 DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI.....	6
5. REQUISITI DI ORDINE GENERALE E ALTRE CAUSE DI ESCLUSIONE.....	8
6 REQUISITI DI ORDINE SPECIALE E MEZZI DI PROVA.....	9
6.1 REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE	9
6.2 REQUISITI DI CAPACITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	9
6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE	9
6.4 INDICAZIONI SUI REQUISITI SPECIALI NEI RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI, CONSORZI ORDINARI, AGGREGAZIONI DI IMPRESE DI RETE, GEIE	10
7 AVVALIMENTO	10
8 SUBAPPALTO	11
10 GARANZIA PROVVISORIA.....	11
Non richiesta ai sensi dell'art. 53, comma 1 del Dlgs 36/23.	11
11 SOPRALLUOGO	11
12 PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC.....	12
13 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA	12
14 SOCCORSO ISTRUTTORIO	14
15 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA.....	14
15.1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ED EVENTUALE PROCURA	15
15.2 DICHIARAZIONI DA RENDERE A CURA DEGLI OPERATORI ECONOMICI AMMESSI AL CONCORDATO PREVENTIVO CON CONTINUITÀ AZIENDALE DI CUI ALL'ARTICOLO 372 del DECRETO LEGISLATIVO 12 GENNAIO 2019 , n. 14.....	17
15.3 DOCUMENTAZIONE IN CASO DI AVVALIMENTO	17
15.4 DOCUMENTAZIONE ULTERIORE PER I SOGGETTI ASSOCIATI	18
16 OFFERTA TECNICA	19
16.1 SEGRETI TECNICI E COMMERCIALI.....	20
17 OFFERTA ECONOMICA	21
18 CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE	21
18.1 CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA	21
18.2 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA.....	23
18.3 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO	24
18.4 Metodo di attribuzione del punteggio dell'offerta economica.....	24
19 COMMISSIONE GIUDICATRICE.....	25
20 SVOLGIMENTO DELLE OPERAZIONI DI GARA	25
21 VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA.....	25
22 VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE.....	25
23 VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE.....	26
24. AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO.....	26
25. OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI.....	27
26. CODICE DI COMPORTAMENTO.....	27
27. ACCESSO AGLI ATTI.....	28



28 . DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE.....	28
29 . INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR) PER FORNITORI E CONVENZIONATI.....	28



PREMESSE

Il presente Disciplinare di gara ha per oggetto la “*Procedura negoziata ai sensi dell’art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l’affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi*”, secondo le tipologie e modalità meglio specificate nel Capitolato Tecnico.

La presente procedura negoziata è interamente svolta tramite la piattaforma telematica MEPA.

L’affidamento avviene mediante applicazione dell’offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell’art. 108 comma 2 lett. c del D.lgs. 36/2023.

Il luogo di svolgimento dell’appalto è codice NUTS: ITI43.

CIG: _____

Il **Responsabile unico del progetto** è la Dott.ssa Flavia Conte, Collaboratore amministrativo afferente alla UOC Acquisizioni forniture servizi e lavori.

Il **Direttore dell’esecuzione del contratto** è il Dott. Stefano Piccari, Direttore UOC Risorse Economiche e Finanziarie.

1. PIATTAFORMA TELEMATICA

1.1 LA PIATTAFORMA TELEMATICA DI NEGOZIAZIONE

L’utilizzo della Piattaforma MEPA comporta l’accettazione tacita ed incondizionata di tutti i termini, le condizioni di utilizzo e le avvertenze contenute nei documenti di gara, in particolare, del Regolamento UE n. 910/2014 (di seguito Regolamento eIDAS - electronic IDentification Authentication and Signature), del decreto legislativo n. 82/2005 recante Codice dell’amministrazione digitale (CAD) e delle Linee guida dell’AGID, nonché di quanto portato a conoscenza degli utenti tramite le comunicazioni sulla Piattaforma.

L’utilizzo della Piattaforma avviene nel rispetto dei principi di autoresponsabilità e di diligenza professionale, secondo quanto previsto dall’articolo 1176, comma 2, del Codice civile.

La Stazione appaltante non assume alcuna responsabilità per perdita di documenti e dati, danneggiamento di file e documenti, ritardi nell’inserimento di dati, documenti e/o nella presentazione della domanda, malfunzionamento, danni, pregiudizi derivanti all’operatore economico, da:

- difetti di funzionamento delle apparecchiature e dei sistemi di collegamento e programmi impiegati dal singolo operatore economico per il collegamento alla Piattaforma;
- utilizzo della Piattaforma da parte dell’operatore economico in maniera non conforme al Disciplinare e a quanto previsto nel documento denominato ... [indicare il documento nel quale sono riportate tutte le prescrizioni tecnico-informatiche, ad esempio *Condizioni generali di utilizzo della Piattaforma per gare telematiche*].

In caso di mancato funzionamento della Piattaforma o di malfunzionamento della stessa, non dovuti alle predette circostanze, che impediscono la corretta presentazione delle offerte, al fine di assicurare la massima partecipazione, la stazione appaltante può disporre la sospensione del termine di presentazione delle offerte per un periodo di tempo necessario a ripristinare il normale funzionamento della Piattaforma e la proroga dello stesso per una durata proporzionale alla durata del mancato o non corretto funzionamento, tenuto conto della gravità dello stesso.

La stazione appaltante si riserva di agire in tal modo anche quando, esclusa la negligenza dell’operatore economico, non sia possibile accertare la causa del mancato funzionamento o del malfunzionamento.

Le attività e le operazioni effettuate nell’ambito della Piattaforma sono registrate e attribuite all’operatore economico e si intendono compiute nell’ora e nel giorno risultanti dalle registrazioni di sistema.



2. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI

2.1. DOCUMENTI DI GARA

La documentazione di gara comprende:

- a) All. A_Disciplinare di gara;
- b) All.1_Capitolato tecnico;
- c) All.1A_ DGR 938 del 15.11.2024;
- d) All.1B_ DCS PTV n. 447 del 28.03.2025;
- e) All. 2 - Domanda di partecipazione;
- f) DGUE – documento di gara unico europeo;
- g) All. 3 - Patto di Integrità (art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012);
- h) All. 4 – Schema elementi migliorativi;
- i) All. 5 - Schema offerta economica;
- j) All. 6 – Atto di nomina a responsabile trattamento dati;
- k) All. 7 – Documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI)

La documentazione di gara è accessibile gratuitamente, sul sito MEPA.

2.2. Tempistica e chiarimenti

Tempistica:

- Termine ultimo per la presentazione delle offerte: _____
- Termine ultimo per la richiesta di chiarimenti: _____
- Data apertura documentazione amministrativa: _____

Le tempistiche sono riportate sul sito acquistinretepa.it nella sezione dedicata della RDO.

2.3. CHIARIMENTI

È possibile ottenere chiarimenti sulla presente procedura mediante la proposizione di quesiti scritti da inoltrare entro il termine indicato nella RDO, mediante il Sistema secondo le modalità riportate sulla piattaforma MEPA.

Le richieste di chiarimenti e le relative risposte sono formulate esclusivamente in lingua italiana.

Le risposte alle richieste di chiarimenti presentate in tempo utile sono fornite in formato elettronico almeno 6 giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, mediante pubblicazione delle richieste in forma anonima e delle relative risposte sulla Piattaforma MEPA. Si invitano i concorrenti a visionare costantemente tale sezione della Piattaforma o il sito istituzionale.

Non viene fornita risposta alle richieste presentate con modalità diverse da quelle sopra indicate.

2.4 COMUNICAZIONI

Le comunicazioni tra stazione appaltante e operatori economici avvengono tramite la Piattaforma e sono accessibili nell'apposita sezione. È onere esclusivo dell'operatore economico prenderne visione. Le comunicazioni relative: a) all'aggiudicazione; b) all'esclusione; c) alla decisione di non aggiudicare l'appalto; d) alla data di avvenuta stipulazione del contratto con l'aggiudicatario avvengono tramite Piattaforma.

3 OGGETTO DELL'APPALTO E IMPORTO



La gara ha per oggetto l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi, così come descritto nel Capitolato Tecnico, al quale si fa integralmente rinvio.

L'appalto ha la durata di 24 mesi, per un valore complessivo posto a base di gara pari a € 212.000,00 oltre IVA al 22%, quale importo non superabile in sede di offerta a pena di esclusione dalla procedura.

L'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze, non soggetto a ribasso, è pari a € 0,00.

Resta comunque onere di ciascun Fornitore elaborare, relativamente ai costi della sicurezza afferenti all'esercizio della propria attività, il documento di valutazione dei rischi e di provvedere all'attuazione delle misure di sicurezza necessarie per eliminare o ridurre al minimo i rischi specifici connessi all'attività svolta dallo stesso

In considerazione della natura intellettuale del servizio oggetto della presente procedura, in ossequio a quanto disposto dall'art. 108 comma 9 del Codice, l'operatore è esonerato dal dover indicare nell'offerta economica i costi della manodopera e degli oneri per la sicurezza, di cui all'articolo 26 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

CPV: 79221000-9 Servizi di consulenza fiscale.

La proposta di aggiudicazione è formulata in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta data dalla somma del punteggio tecnico e di quello economico, tenuto conto che:

- qualora nessuna delle offerte presentate sia ritenuta conveniente o tecnicamente valida, la Stazione Appaltante si riserva la facoltà di non procedere con l'aggiudicazione (art. 108 comma 10 D.Lgs. 36/2023), dandone comunicazione ai partecipanti alla procedura, secondo quanto previsto dall'art. 90, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 36/2023;
- in presenza di una sola offerta valida, la Stazione Appaltante si riserva di aggiudicare o di non procedere ad aggiudicazione.

L'appalto è finanziato con fondi propri della Stazione Appaltante.

3.1 DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI

La durata dell'affidamento, escluse le eventuali opzioni, è pari a 24 mesi e si intende decorrente dalla data del verbale di avvio del servizio anche in urgenza, qualora espressamente richiesto dal DEC.

La stazione appaltante si riserva di dare avvio all'esecuzione del contratto in via d'urgenza, anche ai sensi dell'art. 17, comma 8 del Codice. In tali casi la stazione appaltante richiederà l'avvio della prestazione contrattuale con l'emissione di apposita comunicazione di aggiudicazione, anche in pendenza della stipulazione del contratto.

I primi 2 mesi di servizio, decorrenti dalla data di avvio del rapporto contrattuale, sono da considerarsi in prova, con facoltà del PTV di revocare l'affidamento, in tutto o in parte, qualora in tale periodo riscontri, a proprio insindacabile giudizio, la non corrispondenza del servizio prestato ai contenuti del presente Disciplinare di gara, dell'offerta tecnica e dell'offerta economica.

Il Contratto ha durata di 24 mesi dalla data di sottoscrizione dello stesso fermo restando che, in ogni caso detto Contratto si intende concluso, anche prima del periodo temporale sopra indicato, al raggiungimento dell'importo definito nel Contratto medesimo.

Opzioni e rinnovi

La stazione appaltante si riserva la facoltà, nei limiti di cui all'art. 76, comma 6 del Codice, di affidare all'aggiudicatario nuovi servizi consistenti nella ripetizione di servizi analoghi, secondo quanto previsto nel progetto posto alla base del presente affidamento, come di seguito indicato, per una durata pari a massimo 12 mesi per un importo stimato complessivamente non superiore a € 106.000,00 Iva al 22% esclusa. Tale importo è comprensivo degli oneri in materia di costo del lavoro ed eventuale cassa di previdenza e assistenza del relativo ordine professionale.



La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 120, comma 11 del Codice, per un massimo di 6 mesi. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni.

Ai sensi dell'articolo 120, comma 9 del Codice qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, la Stazione Appaltante può imporre all'appaltatore l'esecuzione alle condizioni originariamente previste. In tal caso l'appaltatore non può fare valere il diritto alla risoluzione del contratto.

Ai fini dell'art. 14, comma 4 del Codice, il valore massimo stimato della procedura (incluse le opzioni) è pari a € 413.400,00 Iva esclusa, così suddiviso:

Importo complessivo (A+B+C+D)	€ 413.400,00
(A) Importo appalto per 24 mesi	€ 212.000,00
(B) Importo opzione di proroga per ulteriori 6 mesi	€ 53.000,00
(C) Importo opzione di ripetizione dei servizi analoghi per ulteriori 12 mesi	€ 106.000,00
(D) Importo massimo del quinto d'obbligo	€ 42.400,00

Il corrispettivo per la prestazione contrattuale sarà pari a quanto dichiarato nell'offerta economica dall'aggiudicatario. Tale corrispettivo sarà e dovrà intendersi comprensivo della remunerazione per la prestazione del servizio oggetto dell'appalto e dei servizi ricompresi in offerta tecnica.

Revisione prezzi

È prevista una clausola di revisione prezzi da attivarsi al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinano una variazione del costo della fornitura o del servizio, in aumento o in diminuzione, superiore al 5 per cento dell'importo complessivo e operano nella misura dell'80 per cento del valore eccedente la variazione del 5 per cento applicata alle prestazioni da eseguire.

La revisione dei prezzi può essere richiesta una sola volta per ciascuna successiva annualità e troverà applicazione a decorrere dall'adozione del provvedimento da parte della Stazione Appaltante contenente l'esito positivo dell'istruttoria svolta al fine di accertare la sussistenza dei presupposti per il riconoscimento del compenso revisionale.

In particolare, l'istanza di revisione deve contenere l'indicazione esatta, in termini percentuali, della variazione richiesta, dare evidenza dei fattori produttivi interessati dagli incrementi di costo con relativa quantificazione ed essere corredata di documentazione idonea a dimostrare gli effettivi aumenti sopravvenuti.

All'esito dell'istruttoria, la Stazione Appaltante adotterà un provvedimento con il quale potrà riconoscere la percentuale richiesta, riconoscerla solo in parte o non riconoscerla affatto.

La revisione sarà applicata alle prestazioni eseguite successivamente alla data di adozione del provvedimento di approvazione della richiesta, con esplicita esclusione delle prestazioni eseguite precedentemente alla medesima.

4 SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE



Gli operatori economici possono partecipare alla presente gara in forma singola o associata.

Ai soggetti costituiti in forma associata si applicano le disposizioni di cui agli articoli 67 e 68 del Codice.

I consorzi di cui agli articoli 65, comma 2, lettere b), c) e d) e 66, comma 1, lettera g), indicano in sede di offerta per quali consorziate il consorzio concorre. Quando la consorziata designata è, a sua volta, un consorzio di cui all'articolo 65, comma 2, lettere b) e c), è tenuto anch'esso a indicare, in sede di offerta, le consorziate per le quali concorre.

Possono essere **esclusi** dalla gara, previo contraddittorio, i raggruppamenti temporanei costituiti da due o più operatori economici che singolarmente hanno i requisiti per partecipare alla gara. Tale facoltà non opera nel caso in cui i raggruppamenti sono costituiti da imprese controllate e/o collegate ai sensi dell'articolo 2359 del Codice civile.

Il concorrente che partecipa alla gara in una delle forme di seguito indicate è escluso nel caso in cui la stazione appaltante accerti la sussistenza di rilevanti indizi tali da far ritenere che le offerte degli operatori economici siano imputabili ad un unico centro decisionale a cagione di accordi intercorsi con altri operatori economici partecipanti alla stessa gara:

- partecipazione in più di un raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario di concorrenti o aggregazione di operatori economici aderenti al contratto di rete (nel prosieguo, aggregazione di retisti);
- partecipazione sia in raggruppamento o consorzio ordinario di concorrenti sia in forma individuale;
- partecipazione sia in aggregazione di retisti sia in forma individuale. Tale esclusione non si applica alle retiste non partecipanti all'aggregazione, le quali possono presentare offerta, per la medesima gara, in forma singola o associata;
- partecipazione di un consorzio che ha designato un consorziato esecutore il quale, a sua volta, partecipa in una qualsiasi altra forma.

Nel caso venga accertato quanto sopra, si provvede ad informare gli operatori economici coinvolti i quali possono, entro 10 giorni, dimostrare che la circostanza non ha influito sulla gara, né è idonea a incidere sulla capacità di rispettare gli obblighi contrattuali.

5. REQUISITI DI ORDINE GENERALE E ALTRE CAUSE DI ESCLUSIONE

I concorrenti devono essere in possesso, a pena di esclusione, dei requisiti di ordine generale previsti dal Codice nonché degli ulteriori requisiti indicati nel presente articolo.

La stazione appaltante verifica il possesso dei requisiti di ordine generale accedendo al fascicolo virtuale dell'operatore economico (di seguito: FVOE).

Le circostanze di cui all'articolo 94 del Codice sono cause di esclusione automatica. La sussistenza delle circostanze di cui all'articolo 95 del Codice è accertata previo contraddittorio con l'operatore economico.

In caso di partecipazione di consorzi di cui all'articolo 65, comma 2, lettere b) e c) del Codice, i requisiti di cui al punto 5 sono posseduti dal consorzio e dalle consorziate indicate quali esecutrici.

In caso di partecipazione di consorzi stabili di cui all'articolo 65, comma 2, lett. d) del Codice, i requisiti di cui al punto 5 sono posseduti dal consorzio, dalle consorziate indicate quali esecutrici e dalle consorziate che prestano i requisiti.

Self cleaning

Un operatore economico che si trovi in una delle situazioni di cui agli articoli 94 e 95 del Codice, ad eccezione delle irregolarità contributive e fiscali definitivamente e non definitivamente accertate, può fornire prova di aver adottato misure (c.d. self cleaning) sufficienti a dimostrare la sua affidabilità.



Se la causa di esclusione si è verificata prima della presentazione dell'offerta, l'operatore economico indica nel DGUE la causa ostantiva e, alternativamente:

- descrive le misure adottate ai sensi dell'articolo 96, comma 6 del Codice;
- motiva l'impossibilità ad adottare dette misure e si impegna a provvedere successivamente. L'adozione delle misure è comunicata alla stazione appaltante.

Se la causa di esclusione si è verificata successivamente alla presentazione dell'offerta, l'operatore economico adotta le misure di cui al comma 6 dell'articolo 96 del Codice dandone comunicazione alla stazione appaltante.

Sono considerate misure sufficienti il risarcimento o l'impegno a risarcire qualunque danno causato dal reato o dall'illecito, la dimostrazione di aver chiarito i fatti e le circostanze in modo globale collaborando attivamente con le autorità investigative e di aver adottato provvedimenti concreti, di carattere tecnico, organizzativo o relativi al personale idonei a prevenire ulteriori reati o illeciti

Se le misure adottate sono ritenute sufficienti e tempestive, l'operatore economico non è escluso. Se dette misure sono ritenute insufficienti e intempestive, la stazione appaltante ne comunica le ragioni all'operatore economico.

Non può avvalersi del self-cleaning l'operatore economico escluso con sentenza definitiva dalla partecipazione alle procedure di affidamento o di concessione, nel corso del periodo di esclusione derivante da tale sentenza.

Nel caso in cui un raggruppamento/consorzio abbia estromesso o sostituito un partecipante/esecutore interessato da una clausola di esclusione di cui agli articoli 94 e 95 del Codice, si valutano le misure adottate ai sensi dell'articolo 97 del Codice al fine di decidere sull'esclusione.

Altre cause di esclusione

Sono esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'articolo 53, comma 16-ter, del decreto legislativo del 2001 n. 165 a soggetti che hanno esercitato, in qualità di dipendenti, poteri autoritativi o negoziali presso l'amministrazione affidante negli ultimi tre anni.

6 REQUISITI DI ORDINE SPECIALE E MEZZI DI PROVA

I concorrenti devono possedere, a pena di esclusione, i requisiti previsti nei commi seguenti.

La stazione appaltante verifica il possesso dei requisiti di ordine speciale accedendo al fascicolo virtuale dell'operatore economico (FVOE).

L'operatore economico è tenuto ad inserire nel FVOE i dati e le informazioni richiesti per la comprova del requisito, qualora questi non siano già presenti nel fascicolo o non siano già in possesso della stazione appaltante e non possano essere acquisiti d'ufficio da quest'ultima.

6.1 REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE

- A) Iscrizione** alla camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura o nel relativo registro professionale.

Per l'operatore economico di altro Stato membro, non residente in Italia: iscrizione in uno dei registri professionali o commerciali degli altri Stati membri di cui all'allegato II.11 del Codice;

Ai fini della comprova, l'iscrizione nel Registro è acquisita d'ufficio dalla stazione appaltante tramite il FVOE. Gli operatori stabiliti in altri Stati membri caricano nel fascicolo virtuale i dati e le informazioni utili alla comprova del requisito, se disponibili.

6.2 REQUISITI DI CAPACITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

Non richiesti.

6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE

Non richiesti.



6.4 INDICAZIONI SUI REQUISITI SPECIALI NEI RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI, CONSORZI ORDINARI, AGGREGAZIONI DI IMPRESE DI RETE, GEIE

I soggetti di cui all'articolo 65, comma 2, lettera e), f) g) e h) del Codice devono possedere i requisiti di ordine speciale nei termini di seguito indicati.

Alle aggregazioni di retisti, ai consorzi ordinari ed ai GEIE si applica la disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei.

Requisiti di idoneità professionale

Il requisito relativo all'iscrizione nel Registro delle Imprese oppure nell'Albo delle Imprese artigiane di cui di cui al punto 6.1 deve essere posseduto:

- da ciascun componente del raggruppamento/consorzio/GEIE anche da costituire, nonché dal GEIE medesimo;
- da ciascun componente dell'aggregazione di rete nonché dall'organo comune nel caso in cui questi abbia soggettività giuridica.

7 AVVALIMENTO

Il concorrente può avvalersi di dotazioni tecniche, risorse umane e strumentali messe a disposizione da uno o più operatori economici ausiliari per dimostrare il possesso dei requisiti di ordine speciale di cui al punto 6 e/o per migliorare la propria offerta.

Nel contratto di avvalimento le parti specificano le risorse strumentali e umane che l'ausiliario mette a disposizione del concorrente e indicano se l'avvalimento è finalizzato ad acquisire un requisito di partecipazione o a migliorare l'offerta del concorrente, o se serve ad entrambe le finalità.

Nei casi in cui l'avvalimento sia finalizzato a migliorare l'offerta, non è consentito che alla stessa gara partecipino sia l'ausiliario che l'operatore che si avvale delle risorse da questo a messe a disposizione, pena l'esclusione di entrambi i soggetti, salvo che la prima non dimostri in concreto e con adeguato supporto documentale, in sede di presentazione della propria domanda, che non sussistono collegamenti tali da ricondurre entrambe le imprese ad uno stesso centro decisionale. La stazione appaltante può comunque chiedere ad entrambe le imprese chiarimenti o integrazioni documentali, assegnando a tal fine un congruo termine non prorogabile.

Ai sensi dell'articolo 372, comma 4 del codice della crisi di impresa e dell'insolvenza, per la partecipazione alla presente procedura tra il momento del deposito della domanda di cui all'articolo 40 del succitato codice e il momento del deposito del decreto previsto dall'articolo 47 del codice medesimo è sempre necessario l'avvalimento dei requisiti di un altro soggetto. L'avvalimento non è necessario in caso di ammissione al concordato preventivo.

Il concorrente e l'ausiliario sono responsabili in solido nei confronti della stazione appaltante in relazione alle prestazioni oggetto del contratto.

Non è consentito l'avvalimento per soddisfare i requisiti di ordine generale e dell'iscrizione alla Camera di commercio.

L'ausiliario deve:

- a) possedere i requisiti previsti dall'articolo 5 e dichiararli presentando un proprio DGUE, da compilare nelle parti pertinenti;
- b) possedere i requisiti di cui all'articolo 6 oggetto di avvalimento e dichiararli nel proprio DGUE, da compilare nelle parti pertinenti;
- c) impegnarsi, verso il concorrente che si avvale e verso la stazione appaltante, a mettere a disposizione, per tutta la durata dell'appalto, le risorse (riferite a requisiti di partecipazione e/o premiali) oggetto di avvalimento

Il concorrente allega alla domanda di partecipazione il contratto di avvalimento, che deve essere nativo digitale e firmato digitalmente dalle parti, nonché le dichiarazioni dell'ausiliario.



È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata produzione delle dichiarazioni dell'ausiliario.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata produzione del contratto di avvalimento a condizione che il contratto sia stato stipulato prima del termine di presentazione dell'offerta e che tale circostanza sia comprovabile con data certa.

Non è sanabile la mancata indicazione delle risorse messe a disposizione dall'ausiliario in quanto causa di nullità del contratto di avvalimento.

Qualora per l'ausiliario sussistano motivi di esclusione o laddove esso non soddisfi i requisiti di ordine speciale, il concorrente sostituisce l'ausiliario entro 10 giorni decorrenti dal ricevimento della richiesta da parte della stazione appaltante. Contestualmente il concorrente produce i documenti richiesti per l'avvalimento.

Nel caso in cui l'ausiliario si sia reso responsabile di una falsa dichiarazione sul possesso dei requisiti, la stazione appaltante procede a segnalare all'Autorità nazionale anticorruzione il comportamento tenuto dall'ausiliario per consentire le valutazioni di cui all'articolo 96, comma 15, del Codice. L'operatore economico può indicare un altro ausiliario nel termine di dieci giorni, pena l'esclusione dalla gara. La sostituzione può essere effettuata soltanto nel caso in cui non conduca a una modifica sostanziale dell'offerta. Il mancato rispetto del termine assegnato per la sostituzione comporta l'esclusione del concorrente.

8 SUBAPPALTO

Il subappalto è disciplinato dall'art. 119 del D. Lgs. n. 36/2023 e dalla lex specialis di gara.

Il concorrente indica le prestazioni che intende subappaltare o concedere in cottimo. In caso di mancata indicazione il subappalto è vietato.

Non può essere affidata in subappalto l'integrale esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto.

I contratti di subappalto sono stipulati, in misura non inferiore al 20 per cento delle prestazioni subappaltabili, con piccole e medie imprese, come definite dall'articolo 1, comma 1, lettera o) dell'allegato I.1 al Codice. Gli operatori economici possono indicare nella domanda di partecipazione o nel DGUE una diversa soglia di affidamento delle prestazioni che si intende subappaltare alle piccole e medie imprese per ragioni legate all'oggetto o alle caratteristiche delle prestazioni o al mercato di riferimento.

L'aggiudicatario e il subappaltatore sono responsabili in solido nei confronti della Stazione Appaltante dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto di subappalto.

9 REQUISITI DI PARTECIPAZIONE E/O CONDIZIONI DI ESECUZIONE

L'aggiudicatario è tenuto a garantire l'applicazione del contratto collettivo nazionale e territoriale (o dei contratti collettivi nazionali e territoriali di settore) di cui riferimento, oppure di un altro contratto che garantisca le stesse tutele economiche e normative per i propri lavoratori e per quelli in subappalto.

10 GARANZIA PROVVISORIA

Non richiesta ai sensi dell'art. 53, comma 1 del Dlgs 36/23.

11 SOPRALLUOGO

Ai fini della partecipazione alla presente procedura non è richiesto il sopralluogo.



12 PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC

I concorrenti effettuano, **a pena di esclusione**, il pagamento del contributo previsto dalla legge in favore dell'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo le modalità di cui alla delibera ANAC da ultimo vigente pubblicata sul sito dell'ANAC nella sezione "contributi in sede di gara" e allegano la ricevuta ai documenti di gara.

In caso di mancata presentazione della ricevuta la stazione appaltante accerta il pagamento mediante consultazione del sistema AVCpass.

Qualora il pagamento non risulti registrato nel sistema, la mancata presentazione della ricevuta potrà essere sanata a condizione che il pagamento sia stato già effettuato prima della scadenza del termine di presentazione dell'offerta.

In caso di mancata dimostrazione dell'avvenuto pagamento, la stazione appaltante **esclude** il concorrente dalla procedura di gara, ai sensi dell'art. 1, comma 67 della l. 266/2005.

13 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA

L'offerta e la documentazione relativa alla procedura devono essere presentate esclusivamente attraverso la Piattaforma. Non sono considerate valide le offerte presentate attraverso modalità diverse da quelle previste nel presente disciplinare. L'offerta, e la documentazione, deve essere sottoscritta con firma digitale o altra firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata.

Le dichiarazioni sostitutive si redigono ai sensi degli articoli 19, 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

La documentazione presentata in copia viene prodotta ai sensi del decreto legislativo n. 82/05.

L'offerta deve pervenire entro e non oltre la data e l'ora sopra indicata, a pena di irricevibilità. La Piattaforma non accetta offerte presentate dopo la data e l'orario stabiliti come termine ultimo di presentazione dell'offerta.

Per l'individuazione di data e ora di arrivo dell'offerta fa fede l'orario registrato dalla Piattaforma.

Le operazioni di inserimento sulla Piattaforma di tutta la documentazione richiesta rimangono ad esclusivo rischio del concorrente. Si invitano pertanto i concorrenti ad avviare tali attività con congruo anticipo rispetto alla scadenza prevista onde evitare la non completa e quindi mancata trasmissione dell'offerta entro il termine previsto.

Qualora si verifichi un mancato funzionamento o un malfunzionamento della Piattaforma si applica quanto previsto al punto 1.

In ogni caso l'operatore economico esonera la Stazione Appaltante da qualsiasi responsabilità per malfunzionamenti di ogni natura, mancato funzionamento o interruzioni di funzionamento della Piattaforma.

La Stazione Appaltante si riserva comunque di adottare i provvedimenti che riterrà necessari nel caso di malfunzionamento.

Trattandosi di procedura gestita su piattaforma telematica, si raccomanda di avviare e concludere per tempo la fase di collocazione dell'offerta sul MEPA e di non procedere alla collocazione nell'ultimo giorno e/o nelle ultime ore utile/i.

Per le Ditte aventi sede legale in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive si redigono ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000; per le Ditte non aventi sede legale in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive sono rese mediante documentazione idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza.

Tutte le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, ivi compreso il DGUE, la domanda di partecipazione e i suoi allegati, l'offerta tecnica e l'offerta economica devono essere sottoscritte con firma digitale o altra firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata dal rappresentante legale del concorrente o suo procuratore.

La dichiarazione, di cui al punto 15.1 (Domanda di partecipazione) potrà essere redatta su modello conforme al



rispettivo allegato al presente Disciplinare. Il dichiarante allega copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità (per ciascun dichiarante è sufficiente una sola copia del documento di riconoscimento anche in presenza di più dichiarazioni su più fogli distinti).

La documentazione, ove non richiesta espressamente in originale, potrà essere prodotta in copia e ai sensi del decreto legislativo n. 82/05.

Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana o, se redatta in lingua straniera, deve essere corredata da traduzione giurata in lingua italiana. In caso di contrasto tra testo in lingua straniera e testo in lingua italiana prevarrà la versione in lingua italiana, essendo a rischio del concorrente assicurare la fedeltà della traduzione.

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della traduzione dei documenti contenuti nella busta "Documentazione amministrativa", si applica il soccorso istruttorio di cui all'art. 101, comma 1, lett. a) e b) del Codice.

Per la documentazione redatta in lingua inglese è ammessa la traduzione semplice.

È consentito presentare direttamente in lingua inglese la documentazione relativa ad eventuali certificazioni emesse da Enti ufficiali e riconosciuti (ad esempio certificati ISO, etc.).

Le offerte tardive saranno escluse in quanto irregolari ai sensi dell'art. 70, comma 4, lett. b) del Codice.

L'offerta vincherà il concorrente ai sensi dell'art. 17, comma 4 del Codice per almeno 180 giorni dalla scadenza del termine indicato per la presentazione dell'offerta.

Nel caso in cui alla data di scadenza della validità delle offerte le operazioni di gara siano ancora in corso, la Stazione appaltante potrà richiedere agli offerenti, ai sensi dell'art. 17, comma 4 del Codice, di confermare la validità dell'offerta sino alla data che sarà indicata e di produrre un apposito documento attestante la validità della garanzia prestata in sede di gara fino alla medesima data.

Il mancato riscontro alla richiesta sarà considerato come rinuncia del concorrente alla partecipazione alla gara.

12.1 Regole per la presentazione dell'offerta

Fermo restando le indicazioni tecniche riportate all'articolo 1, di seguito sono indicate le modalità di caricamento dell'offerta nella Piattaforma.

L'"OFFERTA" è composta da:

- A – **Documentazione amministrativa;**
- B – **Offerta tecnica;**
- C – **Offerta economica.**

Nella Documentazione amministrativa non deve essere inserita alcuna offerta tecnica e/o economica; nella Offerta tecnica non deve essere inserito alcun valore economico; nella Offerta economica deve essere inserita solo l'offerta economica.

L'operatore economico ha facoltà di inserire nella Piattaforma offerte successive che sostituiscono la precedente, ovvero ritirare l'offerta presentata, nel periodo di tempo compreso tra la data e ora di inizio e la data e ora di chiusura della fase di presentazione delle offerte. La stazione appaltante considera esclusivamente l'ultima offerta presentata.

Si precisa inoltre che:

- l'offerta è vincolante per il concorrente;
- con la trasmissione dell'offerta, il concorrente accetta tutta la documentazione di gara, allegati e chiarimenti inclusi.

Il concorrente che intenda partecipare in forma associata (per esempio raggruppamento temporaneo di imprese/ConSORZI, sia costituiti che costituendi) in sede di presentazione dell'offerta indica la forma di partecipazione e indica gli operatori economici riuniti o consorziati.



Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana.

14 SOCCORSO ISTRUTTORIO

Con la procedura di soccorso istruttorio di cui all'articolo 101 del Codice, possono essere sanate le carenze della documentazione trasmessa con la domanda di partecipazione ma non quelle della documentazione che compone l'offerta tecnica e l'offerta economica.

Con la medesima procedura può essere sanata ogni omissione, inesattezza o irregolarità della domanda di partecipazione e di ogni altro documento richiesto per la partecipazione alla procedura di gara, con esclusione della documentazione che compone l'offerta tecnica e l'offerta economica. Non sono sanabili le omissioni, le inesattezze e irregolarità che rendono assolutamente incerta l'identità del concorrente. A titolo esemplificativo, si chiarisce che:

- il mancato possesso dei prescritti requisiti di partecipazione non è sanabile mediante soccorso istruttorio ed è causa di esclusione dalla procedura di gara;
- l'omessa o incompleta nonché irregolare presentazione delle dichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione e ogni altra mancanza, incompletezza o irregolarità della domanda, sono sanabili, ad eccezione delle false dichiarazioni;
- la mancata produzione del contratto di avvalimento, del mandato collettivo speciale o dell'impegno a conferire mandato collettivo può essere oggetto di soccorso istruttorio solo se i citati documenti sono preesistenti e comprovabili con data certa anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- il difetto di sottoscrizione della domanda di partecipazione, delle dichiarazioni richieste e dell'offerta è sanabile;
- sono sanabili l'omessa dichiarazione sull'aver assolto agli obblighi di cui alla legge 68/1999 e, per i concorrenti che occupano oltre cinquanta dipendenti, l'omessa presentazione di copia dell'ultimo rapporto periodico sulla situazione del personale maschile e femminile, redatto ai sensi dell'articolo 46 decreto legislativo n. 198 del 2006, e la trasmissione dello stesso alle rappresentanze sindacali e ai consiglieri regionali di parità, purché redatto e trasmesso in data anteriore al termine per la presentazione delle offerte;

Ai fini del soccorso istruttorio è assegnato al concorrente un termine di 10 affinché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie, indicando il contenuto e i soggetti che le devono rendere nonché la sezione della Piattaforma dove deve essere inserita la documentazione richiesta.

In caso di inutile decorso del termine, la stazione appaltante procede all'esclusione del concorrente dalla procedura.

Ove il concorrente produca dichiarazioni o documenti non perfettamente coerenti con la richiesta, la stazione appaltante può chiedere ulteriori precisazioni o chiarimenti, limitati alla documentazione presentata in fase di soccorso istruttorio, fissando un termine a pena di esclusione.

La stazione appaltante può sempre chiedere chiarimenti sui contenuti dell'offerta tecnica e dell'offerta economica e su ogni loro allegato. L'operatore economico è tenuto a fornire risposta nel termine di 10 giorni. I chiarimenti resi dall'operatore economico non possono modificare il contenuto dell'offerta.

15 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

L'operatore economico utilizza la Piattaforma per compilare o allegare la seguente documentazione:

- 1) Domanda di partecipazione con dichiarazioni integrative;
- 2) DGUE;
- 3) Eventuale procura;
- 4) Garanzia provvisoria;



- 5) Copia conforme della certificazione di cui all'art. 106, comma 8 del Codice che giustifica la riduzione dell'importo della garanzia;
- 6) Ricevuta di pagamento del contributo a favore dell'ANAC;
- 7) documentazione in caso di avalimento di cui al punto 15.3;
- 8) documentazione per i soggetti associati di cui al punto 15.4;
- 9) Patto di integrità sottoscritto digitalmente;
- 10) Ricevuta dell'avvenuto pagamento del bollo;
- 11) Atto di nomina firmato digitalmente per presa visione;
- 12) FVOE (Dichiarazione d'iscrizione).

15.1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ED EVENTUALE PROCURA

La domanda di partecipazione contiene tutte le informazioni e dichiarazioni ivi previste.

Il concorrente allega alla domanda di partecipazione copia per immagine (scansione di documento cartaceo) della procura oppure, nel solo caso in cui dalla visura camerale del concorrente risulti l'indicazione espressa dei poteri rappresentativi conferiti con la procura, la dichiarazione sostitutiva resa dal procuratore attestante la sussistenza dei poteri rappresentativi risultanti dalla visura.

La domanda di partecipazione deve essere presentata nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 642/72 in ordine all'assolvimento dell'imposta di bollo. Il pagamento della suddetta imposta del valore di € 16,00 viene effettuato tramite F24, bollo virtuale previa autorizzazione rilasciata dall'Agenzia delle Entrate o tramite il servizio @e.bollo dell'Agenzia delle Entrate o per gli operatori economici esteri tramite il pagamento del tributo con bonifico utilizzando il codice Iban IT07Y0100003245348008120501 e specificando nella causale la propria denominazione, codice fiscale (se presente) e gli estremi dell'atto a cui si riferisce il pagamento.

A comprova del pagamento, il concorrente allega la ricevuta di pagamento elettronico ovvero del bonifico bancario.

In alternativa il concorrente effettua il pagamento acquistando la marca da bollo, apponendola su apposita dichiarazione redatta e sottoscritta digitalmente dall'O.E. in formato pdf, specificandone gli estremi, incluso il CIG, e dichiarandone l'uso esclusivo.

Il concorrente si assume ogni responsabilità in caso di utilizzo plurimo dei contrassegni.

La domanda e le relative dichiarazioni sono firmate dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore munito della relativa procura. In tal caso, il concorrente allega alla domanda copia conforme all'originale della procura. Non è necessario allegare la procura se dalla visura camerale del concorrente risulti l'indicazione espressa dei poteri rappresentativi conferiti al procuratore.

Le dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle cause automatiche di esclusione di cui all'articolo 94 commi 1 e 2 del Codice sono rese dall'Operatore economico in relazione a tutti i soggetti indicati al comma 3.

Le dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle cause non automatiche di esclusione di cui all'articolo 98, comma 4, lettere g) ed h) del Codice sono rese dall'Operatore economico in relazione ai soggetti di cui al punto precedente.

Le dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle altre cause di esclusione sono rese in relazione all'Operatore economico.

Con riferimento alle cause di esclusione di cui all'articolo 95 del Codice, il concorrente dichiara:

- le gravi infrazioni di cui all'articolo 95, comma 1, lettera a) del Codice commesse nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione del bando di gara;



- gli atti e i provvedimenti indicati all'articolo 98 comma 6 del codice emessi nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione del bando di gara;
- tutti gli altri comportamenti di cui all'articolo 98 del Codice, commessi nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione del bando di gara.

La dichiarazione di cui sopra deve essere resa anche nel caso di impugnazione in giudizio dei relativi provvedimenti.

L'Operatore economico dichiara la sussistenza delle cause di esclusione che si sono verificate prima della presentazione dell'offerta e indica le misure di self-cleaning adottate, oppure dimostra l'impossibilità di adottare tali misure prima della presentazione dell'offerta.

L'Operatore economico adotta le misure di self-cleaning che è stato impossibilitato ad adottare prima della presentazione dell'offerta e quelle relative a cause di esclusione che si sono verificate dopo tale momento.

Se l'Operatore economico omette di comunicare alla Stazione appaltante la sussistenza dei fatti e dei provvedimenti che possono costituire una causa di esclusione ai sensi degli articoli 94 e 95 del Codice e detti fatti o provvedimenti non risultino nel FVOE, il triennio inizia a decorrere dalla data in cui la Stazione appaltante ha acquisito gli stessi, anziché dalla commissione del fatto o dall'adozione del provvedimento.

Nella domanda di partecipazione il concorrente dichiara:

- i dati identificativi (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza etc.) dei soggetti di cui all'articolo 94, comma 3, del Codice, ivi incluso l'amministratore di fatto, ove presente, ovvero indica la banca dati ufficiale o il pubblico registro da cui i medesimi possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta;
- di non partecipare alla medesima gara contemporaneamente in forme diverse (individuale e associata; in più forme associate; in forma singola e quale consorzio esecutore di un consorzio; in forma singola e come ausiliaria di altro concorrente che sia ricorso all'avvalimento per migliorare la propria offerta). Se l'Operatore economico dichiara di partecipare in più di una forma, allega la documentazione che dimostra che la circostanza non ha influito sulla gara, né è idonea a incidere sulla capacità di rispettare gli obblighi contrattuali;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati tramite il fascicolo virtuale dell'operatore economico, nel rispetto di quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ai fini della verifica da parte della stazione appaltante dei requisiti di partecipazione, nonché per le altre finalità previste dal d.lgs. 36/2023;
- di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione gara;
- di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento adottato dalla Stazione Appaltante reperibile sul sito del Policlinico tramite il link "Amministrazione trasparente" e di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto;
- di accettare il Patto di integrità allegato al presente Disciplinare;
- per gli Operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia, l'impegno ad uniformarsi, in caso di aggiudicazione, alla disciplina di cui agli articoli 17, comma 2, e 53, comma 3 del Decreto del Presidente della Repubblica 633/72 e a comunicare alla stazione appaltante la nomina del proprio rappresentante fiscale, nelle forme di legge;
- per gli Operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia, il domicilio fiscale, il codice fiscale, la partita IVA, l'indirizzo di posta elettronica certificata o strumento analogo negli altri Stati Membri, ai fini delle comunicazioni di cui all'articolo 90 del Codice;
- di aver preso visione e di accettare il trattamento dei dati personali di cui al punto 25.



In caso di partecipazione in coassicurazione, Raggruppamento Temporaneo, consorzio ordinario, aggregazione di retisti, GEIE, il concorrente fornisce i dati identificativi (ragione sociale, codice fiscale, sede) e il ruolo di ciascun partecipante.

In caso di consorzio di cooperative, consorzio imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'articolo 65, comma 2, lettere b), c), d) del Codice, il consorzio indica il consorziato per il quale concorre alla gara.

La domanda e le relative dichiarazioni sono sottoscritte ai sensi del decreto legislativo n. 82/2005:

- dal concorrente che partecipa in forma singola;
- nel caso di Raggruppamento Temporaneo o consorzio ordinario o GEIE costituiti, dalla mandataria/capofila;
- nel caso di coassicurazione, Raggruppamento Temporaneo o consorzio ordinario o GEIE non ancora costituiti, da tutti i soggetti che costituiranno il raggruppamento o il consorzio o il gruppo;
- nel caso di aggregazioni di retisti:
 - a. se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e con soggettività giuridica, ai sensi dell'articolo 3, comma 4-quater, del decreto legge 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal solo operatore economico che riveste la funzione di organo comune;
 - b. se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica, ai sensi dell'articolo 3, comma 4-quater, del decreto legge 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa che riveste le funzioni di organo comune nonché da ognuno dei retisti che partecipa alla gara;
 - c. se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti per assumere la veste di mandataria, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal retista che riveste la qualifica di mandatario, ovvero, in caso di partecipazione nelle forme del raggruppamento da costituirsi, da ognuno dei retisti che partecipa alla gara.
- nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'articolo 65, comma 2, lettera b), c) e d) del Codice, la domanda è sottoscritta digitalmente dal consorzio medesimo.

15.2 DICHIARAZIONI DA RENDERE A CURA DEGLI OPERATORI ECONOMICI AMMESSI AL CONCORDATO PREVENTIVO CON CONTINUITÀ AZIENDALE DI CUI ALL'ARTICOLO 372 DEL DECRETO LEGISLATIVO 12 GENNAIO 2019 , n. 14

Il concorrente dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 gli estremi del provvedimento di ammissione al concordato e del provvedimento di autorizzazione a partecipare alle gare, nonché dichiara che le altre imprese aderenti al raggruppamento non sono assoggettate ad una procedura concorsuale, ai sensi dell'articolo 95, commi 4 e 5, del decreto legislativo n. 14/2019

Il concorrente presenta una relazione di un professionista in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera o) del decreto legislativo succitato che attesta la conformità al piano e la ragionevole capacità di adempimento del contratto.

15.3 DOCUMENTAZIONE IN CASO DI AVVALIMENTO

L'impresa ausiliaria rende le dichiarazioni sul possesso dei requisiti di ordine generale mediante compilazione dell'apposita sezione del DGUE.

Il concorrente, per ciascuna ausiliaria, allega:

1. FVOE dell'ausiliaria;
2. dichiarazione di avvalimento;



3. contratto di avvalimento;

Nel caso di avvalimento finalizzato al miglioramento dell'offerta, il contratto di avvalimento è presentato nell'offerta tecnica. Nel caso di avvalimento premiale, ove alla gara partecipino sia l'ausiliario che l'operatore che si avvale delle risorse da questo a messe a disposizione, allegare documentazione atta a dimostrare che non sussistono collegamenti tali da ricondurre entrambe le imprese ad uno stesso centro decisionale.

15.4 DOCUMENTAZIONE ULTERIORE PER I SOGGETTI ASSOCIATI

Per i raggruppamenti temporanei già costituiti

- copia del mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata;
- dichiarazione delle parti del servizio/fornitura, ovvero della percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per i consorzi ordinari o GEIE già costituiti

- copia dell'atto costitutivo e dello statuto del consorzio o GEIE, con indicazione del soggetto designato quale capofila;
- dichiarazione sottoscritta delle parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizi/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici consorziati.

Per i raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari o GEIE non ancora costituiti

- dichiarazione rese da ciascun concorrente, attestante:
 - a. a quale operatore economico, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente con riguardo ai raggruppamenti temporanei o consorzi o GEIE ai sensi dell'articolo 68 del Codice conferendo mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa qualificata come mandataria che stipulerà il contratto in nome e per conto delle mandanti/consorziate;
 - c. le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per le aggregazioni di retisti: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica

- copia del contratto di rete, con indicazione dell'organo comune che agisce in rappresentanza della rete.
- dichiarazione che indichi per quali imprese la rete concorre;
- dichiarazione sottoscritta con firma digitale delle parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di retisti: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica

- copia del contratto di rete;
- copia del mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito all'organo comune;
- dichiarazione delle parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, ovvero, se l'organo comune è



privo dei requisiti di qualificazione richiesti, partecipa nelle forme del raggruppamento temporaneo di imprese costituito o costituendo

- **in caso di raggruppamento temporaneo di imprese costituito:**
 - copia del contratto di rete
 - copia del mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria
 - dichiarazione delle parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.
- **in caso di raggruppamento temporaneo di imprese costituendo:**
 - copia del contratto di rete
 - dichiarazioni, rese da ciascun concorrente aderente all'aggregazione di rete, attestanti:
 - a. a quale concorrente, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente in materia di raggruppamenti temporanei;
 - c. le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

16 OFFERTA TECNICA

L'operatore economico inserisce la documentazione relativa all'offerta tecnica nell'apposita sezione indicata su MEPA, a pena di inammissibilità dell'offerta. L'offerta è firmata secondo le modalità previste al precedente punto 0 e deve contenere, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

- a) Relazione tecnica dei servizi/forniture offerti presentata su fogli singoli di formato DIN A4, in carattere Times New Roman 12, interlinea multipla (min. 1,2), della lunghezza massima di 30 (trenta) pagine solo fronte, esclusi gli allegati.

La relazione contiene una proposta tecnico-organizzativa che illustra, con riferimento ai criteri di valutazione indicati nella tabella di cui al successivo paragrafo 18, i seguenti elementi:

- I. Linea di attività n. 1: elaborazione della proposta progettuale concernente le attività di supporto e assistenza tecnico-contabile in materia di imposte dirette e indirette;
- II. Linea di attività n. 2: elaborazione della proposta progettuale concernente le attività di supporto e assistenza tecnico contabile nella definizione del bilancio commerciale e di operazioni gestionali;
- III. Linea di attività n. 3: elaborazione della proposta progettuale concernente le attività supporto giuridico-contabile nella definizione dei rapporti con Agenzia delle Entrate e nella gestione del contenzioso fiscale;
- IV. Linea di attività n. 4: elaborazione della proposta progettuale concernente le attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR N. 938 del 15.11.2024;
- V. Organizzazione del servizio e risorse: definizione del team di progetto, elaborazione delle modalità di organizzazione del team e delle attività di progetto;
- VI. Esperienza pregressa nel settore con particolare riguardo a enti del SSN riferito alle linee di attività n.1, 2, 3;
- VII. Esperienza pregressa nel settore relativamente al supporto al riesame di procedure amministrativo contabili anche con riferimento a certificazioni UNI EN ISO 9001:2015 con particolare riguardo a enti del SSN riferita alla linea di attività n. 4;



VIII. Servizi aggiuntivi: indicazione e descrizione degli eventuali servizi aggiuntivi offerti. All'offerta tecnica deve essere allegato il curriculum vitae in formato europeo, della lunghezza massima di 4 (quattro) pagine, di ciascun componente del Gruppo di Lavoro, debitamente sottoscritto con firma autografa dagli stessi e recante una dichiarazione liberatoria per il trattamento dei dati personali di cui al d.lgs. 196/2003 e REG. UE 2016/679, nonché l'autorizzazione all'utilizzo del CV ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto. I curricula devono essere corredati da copia per immagine (scansione di documento cartaceo) di carta di identità o di altro documento equipollente ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

b) Eventuale relazione "Segreti tecnici e commerciali" di cui al successivo punto 16.1.

L'offerta tecnica deve essere sottoscritta dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore.

Nel caso di concorrenti associati, l'offerta dovrà essere sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda.

Fatta eccezione per le attestazioni relative alle certificazioni di qualità, l'Offerta tecnica dovrà essere prodotta in lingua italiana. In caso di presentazione di documenti in lingua diversa da quella italiana, gli stessi dovranno essere accompagnati anche da una traduzione resa ai sensi del d.p.r. 445/2000.

L'offerta tecnica non potrà fare alcun riferimento a valori economici offerti, a pena di esclusione.

16.1 SEGRETI TECNICI E COMMERCIALI

L'accesso agli atti della procedura è assicurato in modalità digitale.

Qualora il concorrente ritenga che la propria Offerta o, in caso di offerta anormalmente bassa, le giustificazioni della stessa, ovvero le giustificazioni relative alle voci di prezzo o costi che concorrono a formare l'importo complessivo posto a base di gara nonché relative agli altri dell'offerta se presenti, contengano informazioni che costituiscono segreto tecnico o commerciale lo stesso dovrà produrre, per ciascuna delle casistiche idonea dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sottoscritta, con firma digitale dal legale rappresentante (o persona munita da comprovati poteri di firma), nella quale dovranno essere tassativamente indicata la necessaria motivazione e la necessaria comprova della stessa nei seguenti termini:

- circostanziata partizione, specificamente e singolarmente argomentata con congrua motivazione, dei punti (es. frasi, periodi, capoversi, paragrafi, pagine ecc.) della documentazione tecnica e delle giustificazioni dell'Offerta costituenti segreto tecnico o commerciale coperto da diritto di privativa;
- l'istituto giuridico posto a tutela (es. indicazione di numero e durata del marchio, brevetto, diritto d'autore o altro diritto di proprietà intellettuale ecc.).

Si rammenta che, ai sensi dell'art. 36, comma 6, del Codice, la Stazione Appaltante, qualora vi siano reiterati rigetti di istanze di oscuramento, può inoltrare segnalazione all'ANAC la quale può irrogare una sanzione pecuniaria nella misura stabilita dall'articolo 222 comma 9, ridotta alla metà nel caso di pagamento entro trenta giorni dalla contestazione.

La dichiarazione di cui sopra dovrà essere caricata sul sistema MEPA. Gli elementi contenuti nelle dichiarazioni di segretezza saranno utilizzati dalla Stazione Appaltante al fine di valutare le richieste di accesso agli atti. Si ricorda che è inammissibile una segretezza massiva.

In assenza di dette indicazioni o in presenza di indicazioni prive delle specifiche sopra richieste ai fini della loro formulazione, la Stazione Appaltante consentirà gli eventuali accessi richiesti senza nulla richiedere ulteriormente.

Resta ferma la facoltà della Stazione di avviare un contraddittorio con il concorrente al fine di valutare la presenza del suddetto segreto tecnico, economico o commerciale.

In caso di mancato riscontro del concorrente alla richiesta della Stazione Appaltante, questa consentirà l'accesso senza nulla chiedere ulteriormente.

Saranno inoltre sottratti all'accesso tutti i dati sensibili, ivi inclusi quelli giudiziari, eventualmente rinvenuti nella documentazione presentata dai concorrenti.



17 OFFERTA ECONOMICA

L'operatore economico inserisce l'offerta economica, nell'apposita sezione indicata su MEPA, nelle seguenti modalità:

- a) compilando in ogni sua parte l'Allegato 5 "Schema offerta economica", che deve essere allegato sulla piattaforma MEPA, con indicazione del prezzo unitario offerto per le singole componenti del servizio (A – Capo progetto, B – Senior), in cifre e in lettere, al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze;
- b) indicando il valore complessivo dell'offerta deve essere inserito nella piattaforma MEPA quale valore complessivo offerto. In caso di discordanza tra il valore inserito a Sistema e quello risultante dall'allegato 5 di cui alla lett. a), si terrà conto di quest'ultimo.

In caso di indicazione di un prezzo recante un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a due, saranno considerate esclusivamente le prime due cifre decimali, senza procedere ad alcun arrotondamento.

L'offerta economica, a pena di esclusione, è sottoscritta digitalmente dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di partecipazione.

L'aggiudicazione avviene sulla base del **valore complessivo offerto, il quale non può superare il valore posto a base di gara a pena di esclusione.**

18 CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

L'appalto è aggiudicato in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 108 comma 2 lett. c) del D.Lgs 36/2023.

La valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica sarà effettuata in base ai seguenti punteggi:

	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta tecnica	Massimo 70
Offerta economica	Massimo 30
TOTALE	100

18.1 CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA

Il punteggio dell'offerta tecnica è attribuito sulla base dei criteri di valutazione elencati nella sottostante tabella con la relativa ripartizione dei punteggi.

Con la lettera D vengono indicati i "Punteggi discrezionali" (Discrezionale), vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito in ragione dell'esercizio della discrezionalità spettante alla commissione giudicatrice.

Nella colonna identificata con la lettera Q vengono indicati i "Punteggi quantitativi", vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito mediante applicazione di una formula matematica.

Nella colonna identificata dalla lettera T vengono indicati i "Punteggi tabellari", vale a dire i punteggi fissi e predefiniti che saranno attribuiti o non attribuiti in ragione dell'offerta o mancata offerta di quanto specificamente richiesto.

Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell'offerta tecnica



N°	CRITERI	SUB CRITERI	PUNTI MAX	PUNTI D MAX	PUNTI Q MAX	PUNTI T MAX
1	Modalità organizzativa del servizio di cui ai punti 2.1; 2.2 del capitolato tecnico. Sarà oggetto di valutazione la descrizione dettagliata delle modalità con le quali il concorrente intende organizzare le attività in oggetto dell'appalto nonché la tipologia e struttura dell'organizzazione del lavoro che sarà utilizzata ai fini dell'esecuzione del contratto, verrà valutata la composizione del Team di lavoro e dei Curricula delle risorse dedicate	Descrizione modalità di svolgimento dell'appalto	10	10		
		Dimensione della struttura dedicata - CV dei componenti del team	5	5		
2	Esperienza pregressa nel settore con particolare riguardo a enti del SSN	Numero di affidamenti per servizi analoghi presso enti del SSN	10		10	
3	Modalità di erogazione del servizio di cui al punto 2.3 del capitolato tecnico.	Sarà valutata la tempestività, la competenza	5	5		
4	Modalità di erogazione del servizio di cui al punto 2.4 del capitolato tecnico.	Sarà valutata la esaustività e la completezza delle attività indicate	15	15		
5	Esperienza pregressa nel settore relativamente al supporto al riesame di procedure amministrativo contabili anche con riferimento a certificazioni UNI EN ISO 9001:2015 con particolare riguardo a enti del SSN	Numero di affidamenti	20		20	



N°	CRITERI	SUB CRITERI	PUNTI MAX	PUNTI D MAX	PUNTI Q MAX	PUNTI T MAX
6	Proposte migliorative	Delle proposte migliorative saranno valutati soprattutto gli aspetti che possono innovare il servizio oggetto dell'appalto. Eventuali servizi migliorativi non potranno essere suscettibili di alcun riconoscimento economico	5	5		
	Totale		70	40	30	0

Ai fini della determinazione dei punteggi sopra riportati, si specifica di seguito cosa si intende con “efficacia”, “esaustività”, “adeguatezza” e “concretezza” della proposta:

- Efficacia: capacità della proposta di conseguire i risultati attesi;
- Esaustività: completezza e accuratezza della proposta rispetto alle richieste;
- Adeguatazza: rispondenza delle proposte rispetto al contesto in cui le stesse si applicano.
- Concretezza: presenza nell’offerta di elementi che possano essere effettivamente applicati e che possano apportare reali benefici all’esecuzione del servizio.

Stante l’esigenza di garantire una elevata qualità della fornitura oggetto dell’appalto è prevista una soglia minima di sbarramento pari a 36 punti. Il concorrente sarò escluso dalla gara nel caso in cui consegua un punteggio inferiore alla predetta soglia.

18.2 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL’OFFERTA TECNICA

A ciascuno degli elementi qualitativi cui è assegnato un punteggio “Discrezionale” della tabella, è attribuito un coefficiente variabile da zero ad uno come di seguito indicato:

- Ottimo: 1
- Distinto: 0,8
- Buono: 0,6
- Discreto: 0,4
- Sufficiente: 0,2
- Insufficiente: 0

Per ciascun subcriterio, una volta che ciascun Commissario ha attribuito il coefficiente a ciascun concorrente, viene calcolata la media aritmetica dei coefficienti attribuiti, viene attribuito il valore 1 al coefficiente più elevato. Il coefficiente medio sarò arrotondato alla seconda cifra decimale.

A ciascuno degli elementi quantitativi cui è assegnato un punteggio nella colonna “indicante una Formula” della tabella, è attribuito un coefficiente in funzione dell’applicazione della formula ivi indicata.



18.3 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO

La Commissione, terminata l'attribuzione dei coefficienti agli elementi qualitativi e quantitativi, procederà, in relazione a ciascuna offerta, all'attribuzione dei punteggi per ogni singolo criterio secondo il metodo a punteggio assoluto.

Si precisa che il punteggio attribuito per ogni criterio sarà arrotondato alla seconda cifra decimale.

Il Punteggio Tecnico è dato dalla seguente formula:

$$PT_i = C_{1,i} \times P_1 + C_{2,i} \times P_2 + \dots + C_{n,i} \times P_n$$

dove

PT_i = punteggio tecnico concorrente i ;

$C_{1,i}$ = coefficiente criterio di valutazione 1, del concorrente i ;

$C_{2,i}$ = coefficiente criterio di valutazione 2, del concorrente i ;

.....

$C_{n,i}$ = coefficiente criterio di valutazione n , del concorrente i ;

P_1 = Punteggio max criterio di valutazione 1;

P_2 = Punteggio max criterio di valutazione 2;

.....

P_n = Punteggio max criterio di valutazione n .

Non si procederà ad ulteriore riparametrazione.

I punteggi così ottenuti saranno successivamente sommati per determinare il Punteggio Tecnico PT_i .

Il punteggio così ottenuto sarà arrotondato alla seconda cifra decimale.

18.4 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA ECONOMICA

Il calcolo dell'offerta economica è generato automaticamente dal sistema MEPA sulla base della formula indicata nella RDO - non lineare a proporzionalità inversa.

Il punteggio dell'offerta economica è calcolato tramite la seguente formula:

$$PE_i = (P_{\min} / P_i) \times 30$$

Dove:

PE_i è il punteggio economico conseguito dal Concorrente i -esimo;

P_i è il valore complessivo dell'offerta del Concorrente i -esimo;

P_{\min} è il valore complessivo dell'offerta più basso tra quelle valide presentate dai Concorrenti;

30 è il punteggio massimo attribuibile alla singola offerta

Il Punteggio Economico attribuito a ciascun concorrente è ottenuto come prodotto del coefficiente attribuito secondo quanto specificato al par. 18.3 per il relativo punteggio massimo di cui al par. 18 del presente Disciplinare.

I valori così ottenuti saranno arrotondati alla seconda cifra decimale.

La migliore offerta sarà determinata dal punteggio complessivo (P_{totale}) più alto, che sarà ottenuto sommando il "Punteggio Tecnico" (PT) ed il "Punteggio Economico" (PE):

$$P_{\text{totale}} = PT + PE.$$



19 COMMISSIONE GIUDICATRICE

La commissione giudicatrice è nominata dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte ed è composta da un numero dispari pari a n. 3 membri, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. In capo ai commissari non devono sussistere cause ostative alla nomina ai sensi dell'articolo 93 comma 5 del Codice. A tal fine viene richiesta, prima del conferimento dell'incarico, apposita dichiarazione.

La composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei componenti sono pubblicati sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

La commissione giudicatrice è responsabile della valutazione delle offerte tecniche ed economiche dei concorrenti, può riunirsi con modalità telematiche che salvaguardino la riservatezza delle comunicazioni ed opera attraverso la piattaforma di approvvigionamento digitale.

20 SVOLGIMENTO DELLE OPERAZIONI DI GARA

La prima seduta avrà luogo il giorno indicato al paragrafo 2.2.

Tale seduta pubblica, se necessario, sarà aggiornata ad altra ora o a giorni successivi con comunicazione mediante Sistema.

Le sedute pubbliche saranno effettuate attraverso il Sistema e ad esse potrà partecipare ogni concorrente collegandosi da remoto al sistema, tramite la propria infrastruttura informatica, secondo le modalità esplicitate nelle guide per l'utilizzo della piattaforma Sistema, accessibili dal sito <https://stella.regione.lazio.it/portale/>.

La Piattaforma consente lo svolgimento delle sessioni di gara preordinate all'esame:

- della documentazione amministrativa;
- delle offerte tecniche;
- delle offerte economiche.

La Piattaforma garantisce il rispetto delle disposizioni del codice in materia di riservatezza delle operazioni e delle informazioni relative alla procedura di gara, nonché il rispetto dei principi di trasparenza.

21 VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

Il RUP accede alla documentazione amministrativa di ciascun concorrente, mentre l'offerta tecnica e l'offerta economica restano, chiuse, segrete e bloccate dal sistema, e procede a:

- a) controllare la completezza della documentazione amministrativa presentata;
- b) verificare la conformità della documentazione amministrativa a quanto richiesto nel presente disciplinare;
- c) attivare la procedura di soccorso istruttorio di cui al precedente punto 14.
- d) redigere apposito verbale relativo alle attività svolte;
- e) adottare il provvedimento che determina le esclusioni e le ammissioni dei partecipanti dalla procedura di gara.

22 VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE

La data e l'ora in cui si procede all'apertura delle offerte tecniche sono comunicate tramite la Piattaforma ai concorrenti ammessi alla presente fase di gara.

Una volta effettuato il controllo della documentazione amministrativa, il RUP procederà all'apertura della parte concernente l'Offerta tecnica e alla verifica della presenza dei documenti richiesti dal presente disciplinare.

In sedute successive la Commissione procederà alle valutazioni di merito tecnico relativamente alla documentazione tecnica presentata, i cui esiti saranno registrati sulla Piattaforma Mepa



Al termine delle operazioni di cui sopra la Piattaforma consente la prosecuzione della procedura ai soli concorrenti ammessi alla valutazione delle offerte economiche.

Il RUP procede all'apertura delle offerte economiche.

All'esito delle operazioni di cui sopra, il SISTEMA MEPA, redige la graduatoria.

23 VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE

La stazione appaltante si riserva la facoltà di sottoporre a verifica un'offerta che, in base anche ad altri elementi, ivi inclusi i costi della manodopera, appaia anormalmente bassa.

Nel caso in cui la prima migliore offerta appaia anormalmente bassa, il RUP ne valuta la congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità.

Qualora tale offerta risulti anomala, si procede con le stesse modalità nei confronti delle successive offerte ritenute anormalmente basse, fino ad individuare la migliore offerta ritenuta non anomala.

Il RUP richiede al concorrente la presentazione delle giustificazioni relative alle voci di prezzo, se del caso, indicando le componenti specifiche dell'offerta ritenute anomale.

A tal fine, assegna un termine non superiore a quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

Il RUP, esaminate le spiegazioni fornite dall'offerente, ove le ritenga non sufficienti ad escludere l'anomalia, può chiedere, anche mediante audizione orale, ulteriori chiarimenti, assegnando un termine perentorio per il riscontro.

Il RUP esclude le offerte che, in base all'esame degli elementi forniti con le spiegazioni risultino, nel complesso, inaffidabili.

24. AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO

All'esito delle operazioni di cui sopra il RUP, qualora vi sia stata verifica di congruità delle offerte anomale, formulerà la proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta, data dalla somma del punteggio tecnico e di quello economico.

Qualora nessuna delle offerte presentate sia ritenuta conveniente o tecnicamente valida, la Stazione Appaltante si riserva la facoltà di non procedere con l'aggiudicazione (art. 108 comma 10 D.Lgs. 36/2023), dandone comunicazione ai partecipanti alla procedura, secondo quanto previsto dall'art. 90, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 36/2023;

In presenza di una sola offerta valida, la Stazione Appaltante si riserva di aggiudicare o di non procedere ad aggiudicazione.

L'aggiudicazione è disposta all'esito positivo della verifica del possesso dei requisiti prescritti dal presente disciplinare ed è immediatamente efficace. In caso di esito negativo delle verifiche, si procede all'esclusione, alla segnalazione all'ANAC.

Successivamente si procede scorrendo la graduatoria procedendo altresì, alle verifiche nei termini sopra indicati. Nell'ipotesi di ulteriore esito negativo delle verifiche si procede nei termini sopra detti, scorrendo la graduatoria.

All'atto della stipulazione del contratto, a garanzia delle obbligazioni contrattuali l'operatore economico, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 4, D.Lgs. n. 36/2023, dovrà presentare apposita cauzione definitiva, per un importo pari al 5% del valore dell'appalto, per tutta la durata del periodo di validità della garanzia.

Se la stipula del contratto non avviene nel termine per fatto della stazione appaltante, l'aggiudicatario può farne constatare il silenzio inadempimento o, in alternativa, può sciogliersi da ogni vincolo mediante atto notificato. All'aggiudicatario non spetta alcun indennizzo, salvo il rimborso delle spese contrattuali.

Se la stipula del contratto non avviene nel termine fissato per fatto dell'aggiudicatario può costituire motivo di revoca dell'aggiudicazione.



La mancata o tardiva stipula del contratto al di fuori delle ipotesi predette, costituisce violazione del dovere di buona fede, anche in pendenza di contenzioso.

Ai sensi dell'art. 19 del Dlgs 36/2023 il contratto sarà stipulato in modalità elettronica in forma pubblica amministrativa.

Sono a carico dell'aggiudicatario tutte le spese relative alla stipulazione del contratto, tra cui marcatura temporale del relativo documento informatico, oneri fiscali quali imposte e tasse, comprese imposta di bollo e di registro.

25. OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Il contratto d'appalto è soggetto agli obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136.

L'affidatario deve comunicare alla stazione appaltante:

- gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, con l'indicazione dell'opera/servizio/fornitura alla quale sono dedicati;
- le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sugli stessi;
- ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

La comunicazione deve essere effettuata entro sette giorni dall'accensione del conto corrente ovvero, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative ad una commessa pubblica. In caso di persone giuridiche, la comunicazione de quo deve essere sottoscritta da un legale rappresentante ovvero da un soggetto munito di apposita procura. L'omessa, tardiva o incompleta comunicazione degli elementi informativi comporta, a carico del soggetto inadempiente, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 3.000 euro.

Il mancato adempimento agli obblighi previsti per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto comporta la risoluzione di diritto del contratto.

In occasione di ogni pagamento all'appaltatore o di interventi di controllo ulteriori si procede alla verifica dell'assolvimento degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

Il contratto è sottoposto alla condizione risolutiva in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o di Società Poste Italiane S.p.a. o anche senza strumenti diversi dal bonifico bancario o postale che siano idonei a garantire la piena tracciabilità delle operazioni per il corrispettivo dovuto in dipendenza del presente contratto.

26. CODICE DI COMPORTAMENTO

Nello svolgimento delle attività oggetto del contratto di appalto, l'aggiudicatario deve uniformarsi ai principi e, per quanto compatibili, ai doveri di condotta richiamati nel Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62 e nel codice di comportamento del PTV adottato con deliberazione n. 13 del 05/01/2022 e nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nonché nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

In seguito alla comunicazione di aggiudicazione e prima della stipula del contratto, l'aggiudicatario ha l'onere di prendere visione dei predetti documenti pubblicati sul sito della Stazione appaltante al link Amministrazione trasparente



27. ACCESSO AGLI ATTI

L'accesso agli atti della procedura è assicurato in modalità digitale mediante acquisizione diretta dei dati e delle informazioni inseriti nella Piattaforma Stella, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 35 del Codice e dalle vigenti disposizioni in materia di diritto di accesso ai documenti amministrativi, secondo le modalità indicate all'articolo 36 del codice.

28. DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE

Per le controversie derivanti dal contratto è competente il Foro di Roma, rimanendo espressamente esclusa la compromissione in arbitri.

29. INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR) PER FORNITORI E CONVENZIONATI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE)2016/679 (GDPR) la Fondazione PTV Policlino Tor Vergata, in persona del Direttore Generale pro tempore (di seguito anche solo "PTV"), in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Viale Oxford, 81- 00133 Roma (C.F. 97503840585 - P. Iva 10110821005 IT - PEC protocollo@ptvonline.postecert.it) con la presente intende fornire ai propri fornitori e ai soggetti con essa convenzionati le seguenti informazioni.

I dati personali conferiti da fornitori, potenziali tali o soggetti convenzionati sono trattati dal PTV per:

- c) il perseguimento delle finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti contrattuali e convenzionali;
- d) gli adempimenti preliminari e propedeutici rispetto ai rapporti medesimi;
- e) la gestione delle obbligazioni reciproche derivanti da tali rapporti, quali in particolare quelle connesse al rispetto dei tempi e delle modalità di pagamento e di svolgimento degli adempimenti convenuti;
- f) finalità amministrativo-contabili;
- g) l'inserimento delle anagrafiche nei database aziendali;
- h) l'adempimento di obblighi posti da leggi, regolamenti e da ogni altra normativa applicabile all'ambito di attività del PTV o in generale rilevante per la materia oggetto del trattamento in esame, nonché da disposizioni impartite da Pubbliche Autorità a ciò legittimate dalla legge e dagli organi di vigilanza e di controllo;
- i) lo scambio, con ogni mezzo (es. telefono, posta ordinaria, posta elettronica), di comunicazioni inerenti il rapporto contrattuale e/o convenzionale;
- j) la gestione di eventuale contenzioso.

Il conferimento dei dati personali per il perseguimento delle finalità sopra elencate è necessario e il rifiuto di fornirli o la successiva richiesta di cancellazione da parte dell'interessato potrebbe comportare l'impossibilità di procedere all'instaurazione e/o alla prosecuzione del rapporto contrattuale e/o convenzionale.

In relazione alle descritte finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti analogici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità predette e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

La base giuridica dei trattamenti è da rinvenirsi nella necessità di trattare i dati per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte e/o per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso e/o per l'adempimento di obblighi di legge ai quali è soggetto il PTV (art. 6 del GDPR).



I dati personali saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al perseguimento delle finalità sopra elencate e comunque per il tempo strettamente necessario all'espletamento degli adempimenti previsti per legge.

In particolare, per i contratti e le convenzioni in essere, la conservazione dei dati avverrà nel rispetto dei termini di prescrizione civile ordinaria a decorrere dalla fine dei contratti o delle convenzioni. Decorsi questi termini, i dati saranno cancellati ovvero resi anonimi ed utilizzati per sole finalità statistiche, salvo eventuale contenzioso.

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato dai dipendenti e dai collaboratori del PTV previamente nominati persone autorizzate al trattamento e debitamente formati e informati circa gli adempimenti e le misure da adottare per garantire la riservatezza degli interessati.

I dati potranno essere altresì trattati da persone fisiche o giuridiche che, per conto e/o nell'interesse del PTV, svolgono attività necessarie alla conclusione, all'esecuzione e/o alla risoluzione del rapporto contrattuale o convenzionale, connesse, strumentali o di supporto a quelle del PTV.

Il trattamento potrà essere svolto inoltre da persone fisiche o giuridiche che prestano in favore del Titolare servizi elaborativi, anche a carattere informativo e di controllo.

Potranno infine trattare i dati degli interessati tutti i soggetti ai quali le leggi o i regolamenti riconoscano la facoltà di accedervi.

Tali soggetti opereranno in qualità di persone autorizzate al trattamento, responsabili o titolari autonomi dei rispettivi trattamenti.

I dati personali degli interessati potranno essere comunicati, per i trattamenti svolti o da svolgere nel rispetto delle finalità e delle modalità sopra elencate, a:

- k) Amministrazioni pubbliche alle quali la comunicazione deve essere fatta per adempimenti procedurali o per obblighi di legge;
- l) Organi centrali e regionali cui compete la verifica e il controllo circa il corretto adempimento delle obbligazioni pre-contrattuali e contrattuali;
- m) legali cui viene affidata la tutela legale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata in sede giudiziaria o per attività stragiudiziali;
- n) assicurazioni e società di recupero crediti;
- o) uffici postali e corrieri per l'invio di documentazione e/o materiale;
- p) consulenti legali, amministrativi, contabili e fiscali, quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento delle attività del PTV e che, ove necessario, agiscono in veste di responsabili esterni del trattamento;
- q) istituti bancari per la gestione d'incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione dei contratti.

L'elenco aggiornato e completo dei soggetti ai quali vengono comunicati i dati è disponibile presso la sede del Titolare.

I dati non saranno diffusi se non per espressa previsione di legge o di norme assimilabili.

Gli interessati possono esercitare sui dati personali trattati dal PTV i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR tra i quali in particolare il diritto di accedere ai dati, di chiederne la rettifica e, nei casi consentiti dalla legge, la cancellazione, la limitazione del trattamento e la portabilità nei casi previsti dalla legge. Gli interessati possono altresì esercitare il diritto di opporsi al trattamento. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Titolare del trattamento, direttamente alla sede legale di Viale Oxford, 81- 00133 Roma o all'indirizzo PEC protocollo@ptvonline.postecert.it oppure per il tramite del Responsabile della protezione dei dati personali sempre contattabile all'indirizzo email dpo@ptvonline.it.



Gli interessati che ritengano che il trattamento effettuato dal PTV sui loro dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

Nella sezione "Privacy" del sito istituzionale del PTV (www.ptvonline.it) è consultabile la versione sempre aggiornata delle presenti Informazioni.

Fondazione PTV “Policlinico Tor Vergata”

Procedura negoziata ai sensi dell’art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l’affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Allegato 1 al Disciplinare di gara

Capitolato Tecnico

1. PREMESSE	3
2. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	3
2.1 SUPPORTO E ASSISTENZA TECNICO-CONTABILE IN MATERIA DI IMPOSTE DIRETTE E INDIRETTE	3
2.2 SUPPORTO E ASSISTENZA TECNICO CONTABILE NELLA DEFINIZIONE DEL BILANCIO COMMERCIALE E DI OPERAZIONI GESTIONALI	4
2.3 SUPPORTO GIURIDICO-CONTABILE NELLA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI CON AGENZIA DELLE ENTRATE E NELLA GESTIONE DEL CONTENZIOSO FISCALE	4
2.4 ATTIVITA' DI INTERNAL AUDITOR CON RIGUARDO ALLE ATTIVITA' DEI PAC DI CUI ALLA DGR N. 938 DEL 15.11.2024.	4
3. MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'APPALTO	5
4. GRUPPO DI LAVORO.....	6
4.1 COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO	7
5. GESTIONE DEL SERVIZIO	8
5.1 PIANO DI LAVORO DEL SERVIZIO	8
5.2 STATO DI AVANZAMENTO	9
5.3 RENDICONTO DELLE RISORSE	9
5.4 PERIODO DI AFFIANCAMENTO.....	9
5.5 VINCOLI TEMPORALI SULLE CONSEGNE	9
6. RISOLUZIONE E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA	10
7. RECESSO UNILATERALE.....	10
8. PENALI.....	11
9. CESSIONE DI CREDITO E CESSIONE DI CONTRATTO.....	11

1. PREMESSE

La Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata ha la necessità di affidare il servizio biennale di assistenza fiscale e tecnico contabile al fine di potersi avvalere della consulenza e della collaborazione di professionisti esperti per le seguenti linee di attività, così come meglio descritte nei seguenti paragrafi:

- A - Supporto e assistenza tecnico-contabile in materia di imposte dirette e indirette;
- B - Supporto e assistenza tecnico contabile nella definizione del bilancio commerciale e di operazioni gestionali;
- C - Supporto giuridico-contabile nella definizione dei rapporti con Agenzia delle Entrate e nella gestione del contenzioso fiscale.
- D - attività di internal auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024.

L'aggiudicazione avrà luogo con l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo.

2. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio dovrà essere eseguito con le modalità di seguito riportate.

E' richiesto, nello specifico, l'espletamento delle seguenti prestazioni, sia con riferimento all'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata che alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e sue collegate/partecipate, nonché nei confronti del costituendo ente di cui alla Legge Regionale 27 febbraio 2020, n. 1 *"Misure per lo sviluppo economico, l'attrattività degli investimenti e la semplificazione"*.

2.1 SUPPORTO E ASSISTENZA TECNICO-CONTABILE IN MATERIA DI IMPOSTE DIRETTE E INDIRETTE

Questa linea di intervento riguarda l'ambito fiscale relativo alle imposte dirette e indirette che interessano le attività proprie dell'Azienda e si sostanzia nella fornitura di un supporto specialistico in relazione a tutte le problematiche derivanti dall'applicazione della normativa vigente e dall'adeguamento dell'attività amministrativa alle modifiche intercorrenti nella normativa medesima o derivanti dall'evoluzione giurisprudenziale e della prassi concernente la materia in esame.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli dell'implementazione di soluzioni gestionali interne, di buone pratiche e di interventi atti a sviluppare efficacia, efficienza dell'operato dell'amministrazione, nonché corretta rispondenza agli obblighi di legge intercorrenti nella materia.

In concreto tali attività dovranno riguardare, a titolo non esaustivo:

- Assistenza in merito alle problematiche di natura teorico-pratica relative all'applicazione delle imposte dirette (irpef, irap, imu ires) e indirette (iva ed altre imposte: registro, bollo, tributi locali, ecc.);
- Supporto nella definizione ed evidenziazione di soluzioni gestionali e buone pratiche concernenti la compilazione della dichiarazione dei redditi mod. unico relativa alle imposte IVA, Ires e Irap, del modello 770 in materia di dichiarazione dei sostituti d'imposta relativamente ai rapporti di lavoro autonomo, dipendente e assimilati, delle dichiarazioni ed adempimenti connessi all'IMU, TASI e ad eventuali ulteriori imposte e tasse di interesse;
- Supporto ed assistenza tecnica sugli aspetti fiscali relativamente al personale dipendente e a convezione.
- Monitoraggio e verifica dell'implementazione delle misure implementate e gestione delle azioni correttive.

2.2 SUPPORTO E ASSISTENZA TECNICO CONTABILE NELLA DEFINIZIONE DEL BILANCIO COMMERCIALE E DI OPERAZIONI GESTIONALI

Questa linea di intervento riguarda l'ambito relativo alla corretta gestione delle attività finalizzate alla definizione del bilancio commerciale, di ulteriori operazioni gestionali correlate alla natura pubblicistica dell'Ente ed adempimenti o obbligatori ad essi connessi.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli dell'analisi e valutazione delle grandezze economiche rilevanti ai fini della definizione del bilancio commerciale, nonché nella individuazione di interventi atti a sviluppare efficacia, efficienza dell'operato dell'amministrazione nella realizzazione di ulteriori operazioni gestionali ed adempimenti ad essi connessi.

In concreto tali attività dovranno riguardare, a titolo non esaustivo:

- Assistenza e attività di analisi e definizioni di grandezze rilevanti ai fini della formazione del bilancio commerciale ai sensi della normativa fiscale vigente;
- Supporto nella corretta gestione amministrativa/fiscale delle operazioni gestionali, con particolare attenzione alla natura pubblica della Azienda Sanitaria Locale (contratti di affitto, Libera professione, pagamento di imposte, ecc.);
- Supporto nella definizione ed evidenziazione di soluzioni gestionali e buone pratiche concernenti la predisposizione di ulteriore documentazione amministrativa e fiscale obbligatoria (intrastat, comunicazioni all'agenzia delle entrate, rottamazione delle cartelle di pagamento, ecc.);
- Monitoraggio e verifica dell'implementazione delle misure implementate e gestione delle azioni correttive.

2.3 SUPPORTO GIURIDICO-CONTABILE NELLA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI CON AGENZIA DELLE ENTRATE E NELLA GESTIONE DEL CONTENZIOSO FISCALE

L'ultima linea di intervento attiene alla analisi del contesto e definizione delle misure da implementare ai fini della corretta gestione dei rapporti con l'amministrazione finanziaria e tributaria, nonché della definizione di analisi e supporto strategico nella gestione delle fasi amministrative e processuali concernenti il contenzioso di natura fiscale.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli dell'implementazione di soluzioni che permettano di gestire in termini di correttezza ed efficacia tutti i rapporti con l'Agenzia delle Entrate e che comportino deflazione, definizione di strategie di efficientamento dell'azione amministrativa, anche con riferimento alla connessa attività amministrativa interna, relativamente al tema del contenzioso tributario.

In concreto tali attività dovranno riguardare, a titolo non esaustivo:

- Supporto giuridico-contabile nella definizione delle azioni e misure da implementare ai fini della cura dei rapporti con l'Amministrazione finanziaria e tributaria;
- Analisi del contesto ed evidenziazione di soluzioni gestionali e buone pratiche, anche connesse all'adeguamento alle modifiche intercorrenti in materia di disciplina fiscale, per il corretto utilizzo di nuove agevolazioni o opportunità fiscali;
- Definizione di strategie di efficientamento dell'Azione amministrativa, sia con riferimento alla connessa attività amministrativa interna, sia in relazione alla gestione del contenzioso fiscale relativamente agli atti emessi dall'agenzia delle entrate e dal concessionario per la riscossione;

2.4 ATTIVITA' DI INTERNAL AUDITOR CON RIGUARDO ALLE ATTIVITA' DEI PAC DI CUI ALLA DGR N. 938 DEL 15.11.2024.

Questa linea di intervento riguarda le attività di Internal Audit prevista per assicurare il raggiungimento del Percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende del SSR della Regione Lazio ai sensi della recente DGR 938 del 15.11.2024 (Allegato 1A).

Le attività di audit saranno svolte secondo quanto declinato nel manuale dei controlli di cui alla DCS PTV n. 447 del 28.03.2025 (Allegato 1B).

In particolare l'Internal Auditing, secondo la definizione fornita dall'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.), è “un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance”. L'attività è esercitata nel rispetto del Codice Etico, dei Principi e delle Regole di condotta (Integrità, Obiettività, Riservatezza, Competenza) cui gli auditor devono conformarsi.

Il Referente Internal Auditing ha il compito di:

- effettuare la pianificazione strategica e operativa delle attività di audit;
- sviluppare piani di audit basati sulla valutazione dei rischi;
- definire la metodologia di audit e gli standard di qualità in linea con le best practice, gli standard internazionali e le indicazioni regionali;
- effettuare un monitoraggio continuo delle normative di riferimento e delle best practice di settore;
- gestire e coordinare il team di auditor, assegnando compiti e monitorando le attività;
- valutare periodicamente le competenze del personale di audit e promuovere adeguati percorsi di formazione;
- garantire l'indipendenza e l'obiettività della funzione di internal audit;
- gestire il budget assegnato alla funzione in modo efficace e trasparente;
- supervisionare l'esecuzione delle verifiche e validare i risultati delle attività di audit;
- monitorare l'attuazione delle azioni correttive da parte delle strutture responsabili, assicurandone l'efficacia e la tempestività;
- collaborare con il collegio sindacale, recependo eventuali rilievi e suggerimenti e contribuendo all'individuazione delle azioni correttive più opportune;
- interfacciarsi con la funzione regionale di controllo, recependo osservazioni e condividendo le azioni migliorative da adottare;
- gestire le relazioni con gli stakeholder interni ed esterni, promuovendo un dialogo costruttivo e orientato al miglioramento;
- redigere e firmare i rapporti finali di audit, condividendo le risultanze con la Direzione Aziendale;
- inviare alla Direzione Aziendale il verbale e il report dell'audit, con evidenza dei risultati dell'attività svolta.

3. MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'APPALTO

L'attività di supporto specialistico dovrà assicurare una gestione integrata di tutte le linee di intervento previste dal progetto legate ai servizi da sviluppare ed alle attività da implementare. Il fornitore si impegna ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi e lo svolgimento delle attività, pur in presenza di eventuali variazioni del contesto e della normativa di riferimento.

La sede di esecuzione del servizio potrà essere il PTV, nei casi richiesti dal tipo di attività da svolgere, o altra sede nelle disponibilità dell'operatore economico partecipante alla procedura.

Tutte le attività oggetto della presente gara dovranno essere svolte dalla Ditta aggiudicataria in conformità alle indicazioni del Direttore della UOC Risorse Economiche e Finanziarie e nel rispetto delle procedure operative applicate dal PTV, facilitandone l'attuazione anche da parte del personale dell'Azienda Sanitaria stessa.

Il Fornitore non può trovarsi in situazioni di conflitto di interessi rispetto all'attività del PTV e dovrà quindi segnalare tempestivamente contratti con soggetti che possono interagire e interferire con l'attività del PTV.

Il servizio dovrà essere realizzato nel massimo rispetto delle norme e canoni di riservatezza che la materia trattata richiede, dovendo ogni attività essere sul piano organizzativo e gestionale improntata alla massima attenzione circa il rispetto di tali parametri.

Nel corso dell'affidamento l'Appaltatore dovrà assicurare il continuo trasferimento di know-how acquisito sulle attività condotte, al fine di rendere l'eventuale prosecuzione delle attività più efficace possibile.

Tutto il materiale elaborato e prodotto in esecuzione dell'affidamento sarà di esclusiva proprietà del PTV, che ne potrà disporre liberamente. La consegna dovrà avvenire in formato elettronico, CD/DVD o invio per via telematica, e, laddove necessario o richiesto dal tipo di attività, in formato cartaceo.

In ogni caso, al termine del rapporto contrattuale l'Appaltatore dovrà garantire il passaggio di consegne, comprensivo degli elaborati (digitali e cartacei) prodotti nel corso dell'affidamento.

Il personale preposto all'esecuzione dei servizi dovrà essere dotato dei propri personal computer e relativo software, comprensivo di un antivirus aggiornato.

La documentazione prodotta in esecuzione dell'affidamento dovrà essere compatibile con le più diffuse suite di produttività individuale (es. Open Office, Ms Office) e con i principali applicativi (es. Microsoft Project, Business Object, Adobe Acrobat) nonché software ministeriali. L'utilizzo di ogni altro strumento dovrà preventivamente essere concordato con il PTV. I componenti del gruppo di lavoro dovranno, inoltre, possedere competenze specifiche sui software informatici gestionali più diffusi (banche dati, analisi dati ed office automation). Resta ferma la facoltà di variare o introdurre nuovi strumenti anche durante il corso dell'affidamento, dandone congruo preavviso all'aggiudicatario.

Sono a carico dell'Aggiudicatario, intendendosi ricomprese nei corrispettivi, le spese di trasferta relative alle attività e agli adempimenti occorrenti all'integrale esecuzione di tutte le attività ed i servizi oggetto del contratto.

4. GRUPPO DI LAVORO

Per l'espletamento del servizio, l'operatore economico dovrà mettere a disposizione del PTV, un gruppo di lavoro che sia composto dalle figure professionali indicate al punto 4.1.

Tutto il personale addetto al servizio deve essere alle dipendenze e sotto l'esclusiva responsabilità della Ditta aggiudicataria.

L'erogazione dovrà prevedere un alto grado di responsabilizzazione delle risorse dell'Appaltatore, attitudine a lavorare per obiettivi, capacità di operare in team e rispetto delle scadenze pianificate.

La Ditta aggiudicataria dovrà impegnarsi a mantenere il proprio personale aggiornato rispetto alle tematiche e agli strumenti oggetto del servizio, sia in termini organizzativi che in termini tecnici e metodologici.

Il Fornitore dovrà attuare, nei confronti dei lavoratori impegnati nel servizio, condizioni normative, contributive e retributive conformi a quelle fissate dalle disposizioni legislative e dai contratti ed accordi collettivi di lavoro applicabili alla categoria, e in generale, da tutte le leggi e norme vigenti o emanate nel corso dell'appalto, nazionali e regionali, sollevando il PTV da ogni responsabilità al riguardo.

Per lo svolgimento del servizio la Ditta aggiudicataria dovrà impiegare esclusivamente personale per il quale siano stati regolarmente adempiuti gli obblighi previsti dalle vigenti leggi in materia assistenziale e previdenziale.

La Ditta dovrà avere assolto a tutti gli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

La Ditta ha l'obbligo di rispettare tutte le norme inerenti alla tutela della salute dei propri lavoratori.

4.1 COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

I servizi descritti nei precedenti articoli saranno realizzati e assicurati dall'aggiudicatario attraverso apposito gruppo di lavoro da questo costituito. Si precisa che in sede di gara occorrerà allegare i curricula delle figure professionali proposte quali componenti del gruppo di lavoro.

I Curricula dovranno essere in formato europeo, sottoscritti dagli interessati e preferibilmente non dovranno superare le 3 pagine. Per ciascuna attività ed esperienza professionale riportata nei curricula deve essere esplicitato il numero di giornate effettivamente erogate dalla risorsa.

Le risorse utilizzate per i servizi della presente fornitura dovranno possedere i requisiti specificati in Tabella per i seguenti profili professionali:

- Capo progetto

- Senior

I profili professionali sono associati a livelli tariffari standard che saranno valorizzati dal Fornitore nell'Offerta Economica.

Capo progetto

Ruolo – è il referente del progetto nei confronti del PTV.

Supervisiona le attività del gruppo di lavoro e assicura la qualità dei deliverable. Si interfaccia con la Direzione Contabilità e Bilancio per quanto attiene alla pianificazione e al monitoraggio delle attività svolte.

Requisiti:

- esperienza lavorativa di almeno 15 anni, da computarsi dalla data di conseguimento del diploma di laurea.
- almeno 10 anni di esperienza in progetti che riguardano servizi di assistenza fiscale in ambito pubblico;
- perfetta conoscenza del contesto normativo e regolamentare italiano dei servizi oggetto di assistenza fiscale.
- Esperienza nel campo della Revisione contabile e nelle attività di Audit anche con riguardo alla certificazione UNI EN ISO 9001:2015 di procedure amministrativo contabili di enti del SSN.

Per tale profilo sarà richiesto in sede di gara 1 CV.

Senior

Ruolo – Gestisce interi filoni di attività.

Si interfaccia con la Direzione Contabilità e Bilancio al fine di concordare e svolgere le attività di competenza.

Garantisce il rispetto delle tempistiche previste per la produzione dei deliverable.

Requisiti:

- esperienza lavorativa di almeno 10 anni, da computarsi dalla data di conseguimento del diploma di laurea.
- almeno 8 anni di esperienza in progetti che riguardano servizi di assistenza fiscale in ambito pubblico;
- perfetta conoscenza del contesto normativo e regolamentare italiano dei servizi oggetto di assistenza fiscale.
- Esperienza nelle attività di Audit anche con riguardo alla certificazione UNI EN ISO 9001:2015 di procedure amministrativo contabili di enti del SSN.

Per tale profilo devono essere presentati in sede di gara 1 o più CV.

Il PTV ha stimato un impegno complessivo di giornate/uomo, così articolate:

Profilo	Numero giorni persona da erogare
Capo Progetto	40

Profilo	Numero giorni persona da erogare
Senior	300

Si precisa che nello svolgimento delle attività si potrebbero verificare necessità di variazioni dell'impegno sopra richiesto.

In tal caso, secondo le esigenze espresse dal PTV, dovrà essere concordato e formalizzato con adeguamento al Piano di lavoro del servizio di cui al successivo paragrafo 5.1, nel limite del corrispettivo offerto, il mix delle figure professionali da utilizzare.

La distribuzione dell'impegno potrebbe non essere lineare nell'ambito della durata contrattuale, potendo sussistere periodi a intensità lavorativa variabile in cui l'Appaltatore dovrà assicurare il pieno supporto all'Azienda con eventuali modifiche al Piano di lavoro.

L'Appaltatore deve garantire la sostanziale stabilità del Gruppo di Lavoro presentato in fase di gara. Tale stabilità deve essere estesa a tutto il periodo contrattuale ed in particolare al passaggio dalla fase di gara alla fase di erogazione dei servizi, nonché nella fase di erogazione stessa nel corso della fornitura. Qualora l'aggiudicatario, durante lo svolgimento dei servizi, dovesse trovarsi nella necessità (Es: dimissioni del lavoratore, cambio sede lavorativa, ecc...) di sostituire un componente del gruppo di lavoro, dovrà darne comunicazione al PTV con un preavviso di almeno 30 giorni, indicando i nominativi ed allegando i curricula delle persone che intende proporre in sostituzione di quelle indicate all'atto dell'offerta. Inoltre, qualora per cause motivate dovesse venire meno il rapporto fiduciario del PTV nei confronti di un componente del Gruppo di Lavoro, su richiesta del PTV il Fornitore dovrà provvedere alla sua sostituzione. In generale, le caratteristiche dei CV delle risorse sostitutive proposte dovranno rispondere ai requisiti minimi sopra richiesti e dovranno essere almeno pari alle caratteristiche dei CV delle risorse da sostituire. Tale sostituzione resta comunque subordinata ad una esplicita accettazione da parte del PTV. Prima della sostituzione è necessario un periodo di affiancamento di almeno 30 giorni fra la risorsa entrante e quella uscente; il maggior costo derivante dall'affiancamento delle risorse è a totale carico del Fornitore.

5. GESTIONE DEL SERVIZIO

5.1 PIANO DI LAVORO DEL SERVIZIO

In fase di avvio del servizio dovrà essere definito dalla ditta il piano di lavoro, strumento di riferimento per lo svolgimento e il controllo dell'avanzamento delle attività, articolato in interventi ed oggetto di aggiornamento semestrale, salvo ulteriori necessità di aggiornamento determinate da variazioni richieste od occorse che ne impongano una significativa revisione. Il piano e i successivi aggiornamenti dovranno essere oggetto di approvazione espressa, entro 10 giorni dalla consegna, da parte del PTV con riferimento alle stime in esso contenute su dimensionamento, impegno e tempistiche di realizzazione degli interventi. È prevista la possibilità di modifica concordata della pianificazione già fatta oggetto di approvazione.

A titolo indicativo il piano dovrà prevedere, per ogni intervento, le seguenti informazioni:

- nome, descrizione e, se significativo, relativo stato (sospeso, cancellato, ecc.);
- nominativo del referente per l'attività;
- proposta sommaria dell'intervento;
- elenco delle fasi e delle singole attività con relative date di inizio e fine, previste ed effettive;
- deliverables delle singole fasi, con relative date di consegna, previste ed effettive.

5.2 STATO DI AVANZAMENTO

Lo stato di avanzamento di ogni singola attività dovrà riportare, a titolo indicativo e non esaustivo, le seguenti informazioni:

- nome, descrizione dell'intervento;
- percentuale di avanzamento delle singole attività;
- stato delle attività alla data in termini di (attività significative concluse nel periodo in esame, attività significative in corso e/o previste a breve);
- razionali di ripianificazione, scostamento eventuale delle date, dell'impegno e del volume;
- vincoli/criticità e relative azioni da intraprendere e/o intraprese.

5.3 RENDICONTO DELLE RISORSE

Il Rendiconto delle risorse è un riepilogo che dovrà contenere per ogni intervento:

- elenco nominativo del personale impiegato dall'Appaltatore con l'indicazione del profilo;
- dettaglio dei giorni o frazioni di giorno impiegati da ciascuna risorsa per ogni attività svolta.

Il PTV si riserva altresì la facoltà di richiedere la rendicontazione trimestrale dell'Appaltatore mediante un timesheet trimestrale con dettaglio giornaliero sottoscritto da ciascuna risorsa coinvolta.

5.4 PERIODO DI AFFIANCAMENTO

Nel periodo successivo alla stipula del contratto, è data facoltà all'Appaltatore di usufruire di un periodo finalizzato all'addestramento del proprio personale per la conoscenza dettagliata delle attività. La pianificazione di dettaglio di tale fase dovrà essere concordata con il PTV e la sua durata massima sarà di due settimane, con eventuale affiancamento e trasferimento di conoscenza da parte dello stesso PTV e con impegno massimo di 30 giornate/uomo da concordare tra l'Azienda e la ditta aggiudicataria, per le quali non verrà riconosciuto alcun corrispettivo.

Si sottolinea che, nel caso in cui l'Appaltatore non esercitasse la facoltà di aderire all'affiancamento, l'Appaltatore sarà ritenuto totalmente responsabile della piena adeguatezza delle attività che verranno svolte, sia in termini di competenza, qualità che di raggiungimento degli obiettivi di prestazione.

5.5 VINCOLI TEMPORALI SULLE CONSEGNE

Sono illustrati in questo paragrafo i vincoli temporali sui termini di consegna del Piano di lavoro del servizio e connessi Stato avanzamento lavori e Rendiconto risorse.

In linea generale, tutti i deliverables previsti quali risultati delle attività pianificate dovranno essere consegnati nei tempi stabiliti nel Piano di lavoro della fornitura e formalmente sottoposti all'approvazione del PTV.

Il Piano di lavoro della fornitura dovrà essere consegnato entro 15 giorni solari dalla data di stipula del contratto dovrà essere aggiornato con frequenza trimestrale, entro 5 giorni solari dalla fine del trimestre di riferimento. In caso vengano formalizzate osservazioni a fronte delle quali occorra apportare variazioni di contenuto del Piano di lavoro della fornitura, questo dovrà essere riconsegnato entro 3 giorni solari dalla formalizzazione delle osservazioni stesse.

Lo Stato avanzamento lavori e il Rendiconto risorse, invece, dovranno essere consegnati ogni trimestre, entro 5 giorni solari dall'inizio del trimestre successivo a quello di riferimento. In caso di osservazioni che impattino sull'apporto di variazioni del contenuto dello Stato avanzamento lavori e del Rendiconto risorse, questi dovranno essere riconsegnati entro 3 giorni solari dalla formalizzazione delle osservazioni.

6. RISOLUZIONE E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Ferme le ulteriori ipotesi di risoluzione previste dall' art. 122 del d.lgs. 36/2023 il PTV può risolvere di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c., previa dichiarazione da comunicarsi all'aggiudicatario nel rispetto delle modalità previste dalla vigente normativa, senza necessità di assegnare alcun termine per l'adempimento, il contratto nei seguenti casi:

- a) reiterati e aggravati inadempimenti imputabili al Fornitore, comprovati da almeno 3 (tre) documenti di contestazione ufficiale, al di fuori dei casi di cui all'articolo art. 122 del d.lgs. 36/2023;
- b) violazione delle norme in materia di cessione del contratto e dei crediti;
- c) nei casi di cui al paragrafo "penali";
- d) qualora disposizioni legislative, regolamentari ed autorizzative non ne consentano la prosecuzione in tutto o in parte.

In tutti i predetti casi di risoluzione il PTV ha diritto di ritenere definitivamente la cauzione definitiva, ove essa non sia stata ancora restituita, e/o di applicare una penale equivalente, nonché di procedere nei confronti del Fornitore per il risarcimento del danno. In questo caso l'Azienda si rivolgerà per l'esecuzione del servizio appaltato alla successiva Ditta che ha presentato la migliore offerta.

7. RECESSO UNILATERALE

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 88, comma 4-ter, e 92, comma 4, d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e dall'art. 123 del d.lgs. 36/2023, il PTV ha diritto, nei casi di giusta causa, di recedere unilateralmente dal contratto, in tutto o in parte, in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi al Fornitore via PEC.

Per giusta causa si intende, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo:

- a) qualora sia stato depositato contro l'aggiudicatario un ricorso ai sensi della legge fallimentare o di altra legge applicabile in materia di procedure concorsuali, che proponga lo scioglimento, la liquidazione, la composizione amichevole, la ristrutturazione dell'indebitamento o il concordato con i creditori, ovvero nel caso in cui venga designato un liquidatore, curatore, custode o soggetto avente simili funzioni, il quale entri in possesso dei beni o venga incaricato della gestione degli affari del Fornitore;
- b) qualora l'aggiudicatario perda i requisiti minimi richiesti per l'affidamento di forniture ed appalti di servizi pubblici relativi alla procedura attraverso la quale è stato scelto il Fornitore medesimo;
- c) qualora taluno dei componenti l'Organo di Amministrazione o l'Amministratore Delegato o il Direttore Generale o il Responsabile tecnico dell'Aggiudicatario siano condannati, con sentenza passata in giudicato, per delitti contro la Pubblica Amministrazione, l'ordine pubblico, la fede pubblica o il patrimonio, ovvero siano assoggettati alle misure previste dalla normativa antimafia.

Nei casi di cui ai commi precedenti, l'aggiudicatario ha diritto al pagamento delle prestazioni eseguite, purché correttamente ed a regola d'arte, secondo il corrispettivo e le condizioni contrattuali rinunciando espressamente, ora per allora, a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore compenso o indennizzo e/o rimborso delle spese, anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 1671 c.c.

Il PTV può altresì recedere, per motivi diversi da quelli elencati, in tutto o in parte, avvalendosi della facoltà consentita dall'articolo 1671 c.c. con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi all'aggiudicatario con PEC purché tenga indenne lo stesso aggiudicatario delle spese sostenute, delle prestazioni rese e del mancato guadagno.

In ogni caso, dalla data di efficacia del recesso, l'aggiudicatario deve cessare tutte le prestazioni contrattuali, assicurando che tale cessazione non comporti danno alcuno per le Amministrazioni Contraenti.

8. PENALI

Qualora durante lo svolgimento del servizio si verificassero inadempienze nell'osservanza delle prescrizioni del capitolato, delle previsioni di cui all'offerta tecnica o del piano di esecuzione del servizio o rilievi per negligenza nell'espletamento del servizio, il PTV, previa contestazione a mezzo PEC, potrà diffidare l'aggiudicatario all'esatta esecuzione del servizio. L'Impresa dovrà produrre, entro e non oltre 5 giorni lavorativi, successivi alla suddetta contestazione le proprie giustificazioni scritte. Ove le suddette giustificazioni non pervengano ovvero il PTV non le ritenga condivisibili si potrà procedere ad applicare le penali come di seguito riportato.

Nel caso di inosservanze delle norme contrattuali e per ciascuna carenza rilevata, il PTV si riserva l'insindacabilità di applicare le seguenti penalità, oltre a quanto previsto in merito a rischi, responsabilità e risarcimento per eventuali danni:

Inadempienza	U.M.	Penale
Ritardata presentazione del piano di esecuzione del servizio	Giorno	1 per mille del valore del contratto
Ritardata presentazione dello stato avanzamento lavori	Giorno	0,5 per mille del valore del contratto
Ritardata presentazione dei deliverable	Giorno	0,5 per mille del valore del contratto
Mancata osservanza di ulteriori prescrizioni del capitolato di gara o di obblighi derivanti dall'offerta tecnica presentata o dal piano di esecuzione del servizio	Giorno	0,5 per mille del valore del contratto

Per tutti i punti la verifica di non conformità sull'esecuzione del servizio deve essere attuata nel rispetto della regola del contraddittorio con il rappresentante dell'impresa aggiudicataria; in caso di rifiuto la contestazione può essere comunicata anche via PEC con la conseguente esecuzione l'ufficio della penale.

Il PTV potrà applicare le penali nella misura massima del 10% del valore del contratto.

L'applicazione delle penali non esclude peraltro qualsiasi altra azione legale che l'Azienda intenda eventualmente intraprendere fino ad arrivare alla risoluzione del contratto per gravissime inadempienze o irregolarità.

I danni arrecati dall'impresa alla proprietà dell'Azienda verranno contestati per iscritto a mezzo PEC.

Qualora l'Azienda non accogliesse le giustificazioni addotte dall'impresa ovvero l'impresa stessa non provvedesse al ripristino del bene, nei termini fissati, vi provvederà l'Azienda addebitando le spese all'impresa.

L'importo derivante dall'applicazione di penalità, sanzioni e dalle spese sostenute in danno verrà detratto dai pagamenti dovuti all'impresa o da eventuali crediti vantati dalla stessa, nonché sul deposito cauzionale.

9. CESSIONE DI CREDITO E CESSIONE DI CONTRATTO

E' fatto assoluto divieto all'Aggiudicatario di cedere, a qualsiasi titolo, il Contratto, a pena di nullità, salvo quanto previsto dall'art. 120, comma 1, lett. d), n. 2, d.lgs. 36/2023, ovvero di cedere a terzi i crediti della fornitura senza specifica autorizzazione da parte del PTV.

Anche la cessione di credito soggiace alle norme sulla tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. 136/2010.

In caso di inadempimento da parte dell'Aggiudicatario degli obblighi di cui ai precedenti commi, il PTV ha facoltà di dichiarare risolto il Contratto.

Ai sensi della Determinazione dell'Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici n. 10 del 22 dicembre 2010, l'Aggiudicatario, in caso di cessione dei crediti, si impegna a comunicare il/i CIG al cessionario, eventualmente anche nell'atto di cessione, affinché lo/gli stesso/i venga/no riportato/i sugli strumenti di pagamento utilizzati. Il cessionario è tenuto ad utilizzare conto/i corrente/i dedicato/i nonché ad anticipare i pagamenti al Fornitore

mediante bonifico bancario o postale sul/i conto/i corrente/i dedicato/i del Fornitore medesimo riportando il CIG dallo stesso comunicato.

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 15 novembre 2024, n. 938

Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilita' (PAC) e relativo "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit".

Oggetto: Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo “Modello regionale di controllo interno e Processi di audit”.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente,

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e smi “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e smi;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 234 del 25/5/2023 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Andrea Urbani;
- l’atto di organizzazione n. G07658 del 11/06/2024 con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “*Controllo di Gestione e Internal Audit*” della Direzione Regionale “*Salute e Integrazione Sociosanitaria*” al dott. Antonio Andreozzi;
- l’atto di organizzazione n. G01930 del 23 febbraio 2024 di riorganizzazione delle strutture della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- il DCA del 30 dicembre 2015 n. U00606 “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l’altro, dal DCA n. U00373/15 “Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione 04/07/2023 - BURL - N. 53 delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”;

VISTO il decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 17 settembre 2012, recante "Disposizioni in materia di Certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale";

VISTO, in particolare, l’articolo 3, comma 5 del menzionato Decreto Ministeriale 17 settembre 2012 che prevede che, con apposito Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i requisiti comuni dei Percorsi Attuativi della Certificabilità e il termine massimo entro il quale tutti i citati Percorsi Attuativi dovranno essere completamente realizzati;

VISTO il decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 1 marzo 2013, recante “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” che – al fine di consentire alle regioni e alle province autonome di dare attuazione a quanto previsto dall’articolo 3 del decreto del 17 settembre 2012 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze – ha definito: "I Percorsi Attuativi della Certificabilità. Requisiti comuni a tutte le regioni", nonché i "Contenuti della Relazione periodica di accompagnamento al PAC da predisporre da parte della regione”;

VISTI e RICHIAMATI:

- il DCA U00292/2013 con il quale sono stati adottati il Piano Attuativo della Certificabilità, nonché la relazione di accompagnamento al Piano ed è stato nominato il Direttore della direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, quale soggetto responsabile del coordinamento dei PAC;
- il DCA U00059 del 12 febbraio 2015 con il quale la Regione Lazio ha aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC);
- il DCA n. U00311/2016, con il quale è stato aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, avviando inoltre il progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC);
- il DCA n. U00052/2017, con il quale è stato adottato il Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale", stabilendo all'obiettivo 2.3 il completamento della contabilità analitica intrapreso con la DGR n.203/2005;
- il DCA n. U00069/2018, con il quale è stato aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, è stata istituita la funzione di internal audit regionale ed è stato adottato il documento "Modello regionale di controllo interno e processi di audit";
- il DCA n. U00297/2019, ad oggetto "Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, modificato ed integrato con DCA 69/2018 e 402/2018 – Rimodulazione delle azioni sottostanti gli obiettivi previsti dai PAC Aziendali. Corretta determinazione del fondo di dotazione";
- il DCA n. U00405/2019, ad oggetto "Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, modificato ed integrato con DCA 69/2018, 402/2018 e 297/2019 – Nomina di un Soggetto attuatore per la tempestiva esecuzione, entro il 31 dicembre 2020, delle attività previste dai PAC";

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42" e successive modifiche;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: "Legge di contabilità regionale";
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 "Regolamento regionale di contabilità", che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 29 dicembre 2023, n. 23, recante "Legge di stabilità regionale 2024";
- la Legge Regionale 29 dicembre 2023, n. 24, recante "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026";
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 980 del 28 dicembre 2023, recante "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del 'Documento tecnico di accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 981 del 28 dicembre 2023, recante "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 14 febbraio 2024, n. 75, concernente: "Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 1;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 24 aprile 2024, n. 284 concernente "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Aggiornamento del Bilancio finanziario gestionale in

Delibera 1082/2025 - Allegato 3 - pag. 4 di 65

relazione all'assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 981/2023, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTA la determinazione n. G06365 del 28/05/2020 avente per oggetto: “*Approvazione studio di fattibilità per il progetto per il consolidamento e potenziamento del PAC e per la Contabilità analitica. Assunzione impegno di spesa pluriennale a favore di LAZIOcrea S.p.A. codice creditore 164838 dell'importo complessivo di euro 3.705.262,43 (IVA inclusa) sul capitolo H11726 del bilancio regionale, di cui euro 1.284.751,93 a valere sull'esercizio 2020, euro 1.208.257,50 a valere sull'esercizio 2021 e euro 1.212.253,00 sull'esercizio 2022*” con la quale è stata avviata un'attività straordinaria di revisione di tutte le poste degli Stati Patrimoniali delle Aziende del SSR;

VISTA la determinazione n. G10720 del 3/08/2023 avente per oggetto: “*Attività straordinaria di revisione dello stato patrimoniale per la corretta determinazione del fondo di dotazione delle aziende*”, con la quale è proseguita l'attività straordinaria di ricognizione degli Stati Patrimoniali delle Aziende del SSR per la definizione del fondo di dotazione da concludersi entro il 31/12/2023;

VISTA la DGR n. 339 del 23 maggio 2024 avente per oggetto: “*Piano annuale degli interventi in materia di implementazione del percorso attuativo di certificabilità Regione/ASL, al fine di garantire continuità al servizio di assistenza contabile fino al 31/12/2024. Approvazione dello Studio di Fattibilità per la prosecuzione del Progetto SANPACRLS*” con la quale è stata prorogata al 31/12/2024 l'attività straordinaria di ricognizione degli Stati Patrimoniali delle Aziende del SSR per la definizione del corretto fondo di dotazione;

VISTA la Determinazione n. G08127 del 19 giugno 2024 avente per oggetto “*Attuazione della DGR 339 del 23.05.2024 avente per oggetto: "Piano annuale degli interventi in materia di implementazione del percorso attuativo di certificabilità Regione/ASL, al fine di garantire continuità al servizio di assistenza contabile fino al 31/12/2024. Approvazione dello Studio di Fattibilità per la prosecuzione del Progetto SANPACRLS". Perfezionamento di prenotazione di impegno n. 49635/2024, dell'importo complessivo di euro 1.866.376,01 sul capitolo U0000H11726 -E.F. 2024 -a favore di LazioCrea SpA -(cod cred 164838)*” con la quale si è data attuazione alla sopracitata DGR n. 339/2024;

CONSIDERATO che gli obiettivi posti alla base dei PAC sono articolati in azioni di carattere procedurale e sostanziale;

CONSIDERATO che, per le azioni di carattere procedurale, le Aziende devono garantire la corretta implementazione delle procedure amministrativo-contabili e che quest'ultime siano costantemente aggiornate in funzione delle evoluzioni normative e organizzative;

TENUTO CONTO delle indicazioni formulate nelle riunioni del 25 luglio 2023 e del 26 settembre 2023 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza;

TENUTO CONTO dei pareri del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, prot. n. 16/2024, n. 36/2024 e n. 41/2024, che autorizzano la Regione Lazio, nelle more dell'adozione del Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro, a riprogrammare la scadenza delle attività di revisione straordinaria al 31/12/2025 come da Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) aggiornato, di cui all'*Allegato 1* alla presente deliberazione che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATA la necessità di aggiornare il “Modello regionale di Controllo Interno e Processi di Audit” volto a garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo-contabili”, come riportato nell'*Allegato 2* alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO:

- di approvare i seguenti documenti, allegati alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale:
 - Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), aggiornato (*Allegato 1*);
 - Modello regionale di controllo interno e Processi di audit, aggiornato (*Allegato 2*).
- di disporre che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari, i Responsabili aziendali del PAC delle Aziende del SSR, per quanto di rispettiva competenza, concorrano all'attuazione del PAC nello svolgimento del proprio ruolo aziendale ed istituzionale, nel rispetto della nuova scadenza

Delibera 1082/2025 - Allegato 3 - pag. 5 di 65

prefissata per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e provvedano all'istituzione, a livello di ogni singola azienda, della Funzione di controllo interno, che deve essere operativa in tutti gli ambiti descritti nel "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", in termini di identificazione e valutazione dei rischi, programmazione delle attività di audit, svolgimento dell'attività di controllo e successivo monitoraggio;

- di stabilire che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari, i Responsabili aziendali del PAC delle Aziende del SSR, provvedano ad adottare, sulla base delle linee guida contenute nel Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), aggiornato (*Allegato 1*), nel rispetto degli obiettivi generali e delle scadenze ultime riportati nel medesimo Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) regionale un proprio specifico piano di attività della Certificabilità, che sviluppi e dettagli sulla base delle specificità aziendali e dei rischi identificati, le puntuali azioni da porre in essere con annesse scadenze per il completamento;
- di stabilire che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari delle Aziende del SSR, provvedano ad adottare, sulla base delle linee guida, indicate nel "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", aggiornato (*Allegato 2*), un proprio specifico Manuale Aziendale di controllo interno, che adatti, integri e sviluppi il modello regionale in base ai processi aziendali ed ai rischi identificati, indicandone al contempo il modello organizzativo ed i soggetti responsabili per l'efficacia esecuzione del processo;

DATO ATTO che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi sul Bilancio Regionale;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in premessa, che integralmente si richiamano,

- di approvare i seguenti documenti allegati, alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale:
 - Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), aggiornato (*Allegato 1*);
 - Modello regionale di controllo interno e Processi di audit, aggiornato (*Allegato 2*).
- di disporre che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari, i Responsabili aziendali del PAC delle Aziende del SSR, per quanto di rispettiva competenza, concorrano all'attuazione del PAC nello svolgimento del proprio ruolo aziendale ed istituzionale, nel rispetto della nuova scadenza prefissata per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e provvedano all'istituzione, a livello di ogni singola azienda, della Funzione di controllo interno, che deve essere operativa in tutti gli ambiti descritti nel "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", in termini di identificazione e valutazione dei rischi, programmazione delle attività di audit, svolgimento dell'attività di controllo e successivo monitoraggio;
- di stabilire che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari, i Responsabili aziendali del PAC delle Aziende del SSR, provvedano ad adottare, sulla base delle linee guida contenute nel Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), aggiornato (*Allegato 1*), nel rispetto degli obiettivi generali e delle scadenze ultime riportati nel medesimo Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) regionale un proprio specifico piano di attività della Certificabilità, che sviluppi e dettagli sulla base delle specificità aziendali e dei rischi identificati, le puntuali azioni da porre in essere con annesse scadenze per il completamento;
- di stabilire che i Direttori Generali, i Commissari Straordinari delle Aziende del SSR, provvedano ad adottare, sulla base delle linee guida, indicate nel "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", aggiornato (*Allegato 2*), un proprio specifico Manuale Aziendale di controllo interno, che adatti, integri e sviluppi il modello regionale in base ai processi aziendali ed ai rischi identificati, indicandone al contempo il modello organizzativo ed i soggetti responsabili per l'efficacia esecuzione del processo.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché sul sito web della Regione Lazio all'indirizzo www.regione.lazio.it

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note
<p>PIANO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' - Requisiti comuni</p> <p>Regione: LAZIO</p> <p>Responsabile regionale del procedimento: Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria</p> <p>Area Controllo di Gestione ed Internal Audit</p>	<p>A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio.</p> <p>A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.</p> <p>A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.</p> <p>A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.</p> <p>A5) Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno.</p>	<p>A1</p>	<p>Azioni</p> <p>[P] Attività di assessment critica l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottate dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuato ed in funzione dell'area di Internal Audit.</p> <p>Con l'obiettivo ultimo, per ogni area contabile ed obiettivo PAC, di definire ed applicare un set di regole, procedure e strutture organizzative, volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi aziendali nell'ambito amministrativo e contabile, nonché i rischi di errore significativi, siano essi dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali, a livello di bilancio e di asserzioni. Le stesse devono includere direttive o procedure che l'Ente definisce per conseguire gli obiettivi di controllo della direzione e/o dei responsabili delle attività di governance.</p> <p>Il sistema di controllo così configurato, viene messo in atto e mantenuto dai responsabili delle attività di governance, dalla direzione e da altro personale dell'Ente al fine di fornire una ragionevole sicurezza sul raggiungimento degli obiettivi aziendali con riferimento all'attendibilità dell'informativa finanziaria, all'efficacia e all'efficienza delle sue attività operative ed alla conformità alle leggi e ai regolamenti applicabili.</p> <p>Detto sistema di controllo interno è costituito da cinque componenti fondamentali correlate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ambiente di controllo; • Il processo adottato dall'impresa per la valutazione del rischio; • Il processo adottato dall'impresa per monitorare il sistema di controllo interno; • Il sistema informativo e la comunicazione; • Le attività di controllo. <p>L'effettiva implementazione e l'efficacia dei controlli posti in essere, saranno oggetto di specifiche azioni di monitoraggio periodiche poste in essere dalla Direzione Sanità regionale.</p> <p>[S] L'Azienda dovrà quindi definire una matrice dei rischi e dei controlli costruita sulla base delle specificità dell'Ente; e dovrà inoltre provvedere alla redazione ed attuazione di un piano di audit annuale che identifichi i rischi significativi e le azioni di verifica da porre in essere nel corso dell'esercizio; Detto piano sarà quindi oggetto di aggiornamento periodico annuale.</p>	<p>Esercizio 31/12/2025</p>	
<p>A - Sistemi di controllo interno - Requisiti di carattere generale</p>	<p>B1) Redigere in modo, chiaro, completo e tempestivo i libri obbligatori previsti per la G.S.A. presso la Regione.</p> <p>B2) Separare adeguatamente compiti e responsabilità tra le attività di rilevazioni in contabilità economico-patrimoniale e le attività di verifica/riconciliazione con le risultanze del bilancio finanziario regionale.</p> <p>B3) Garantire analisi periodiche sulle risultanze della contabilità economico - patrimoniale e sulle riconciliazioni con la contabilità finanziaria, da parte di personale indipendente (terzo certificatore) rispetto a quello addetto alla loro tenuta.</p> <p>B4) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.</p>	<p>B-C.1</p>	<p>[P] Al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC posti con riferimento al bilancio della GSA ed al bilancio Consolidato, sarà necessario effettuare un assessment dell'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottate dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuato ed in funzione dell'area di Internal Audit; (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Dovranno essere svolte le azioni specifiche di sostanza, su tutte le aree significative del bilancio della GSA, per come rappresentate nei successivi punti (D-1). Inoltre, dovrà essere posta particolare attenzione all'analisi delle voci Fondi per rischi ed Oneri ed ai Debiti, con particolare riferimento a quelli verso Aziende del SSR. Nello specifico sarà necessario svolgere quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azione B-C.1.1: Monitoraggio continuativo dell'attività di ricognizione puntuale delle vertenze passive in essere alla data di chiusura dell'esercizio, per come rappresentate nel fondo rischi ed oneri iscritto in bilancio; Analisi tramite circolarizzazione dei legall'esterni e/o lettura delle relazioni fornite dagli uffici di avvocatura interni, della congruenza degli accantonamenti iscritti in bilancio. - Azione B-C.1.2: Attività di riconciliazione per singola azienda di Debiti registrati dalla GSA con i Crediti vantati dalle singole Aziende del SSR alla data di chiusura dell'esercizio; 	<p>Esercizio 31/12/2024</p>	<p>Con riferimento alle azioni di sostanza ed in particolare all'Azione B-C.1.1, le stesse risultano in parte già attuate a valle di quanto previsto dalla determinazione n. GID020 del 13/08/2023 avente ad oggetto "Attività straordinaria di revisione dello stato patrimoniale per la corretta determinazione del fondo di dotazione delle aziende de I.S.R.". Allo stato odierno risulta pertanto necessario effettuare su detti aspetti un'azioni di monitoraggio del mantenimento degli obiettivi raggiunti.</p>
<p>B - G.S.A.</p>					

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note
C - Bilancio Consolidato	C1) Identificare ed evidenziare, in modo adeguato, tutte le parti correlate e le operazioni poste in essere con tali parti, assicurando un adeguato processo di riconciliazione delle partite creditorie e debitorie.				
	C2) Adottare uno specifico manuale delle procedure contabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che consenta di definire specifici obblighi informativi e prescrivere trattamenti contabili omogenei a carico degli enti, per favorire la compatibilità e l'uniformità dei bilanci da consolidare.				
	C3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio consolidato.				
	C4) Assicurare un adeguato processo per la registrazione delle rettifiche di consolidamento, inclusa la redazione, l'autorizzazione e l'elaborazione delle relative scritture contabili, e l'esperienza del personale responsabile del consolidamento.				
	D1) Separare le responsabilità nelle fasi di gestione, autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni.	D.1.1	<p>[P] Al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC posti con riferimento alla voce delle immobilizzazioni, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuato ed in funzione dell'area di Internal Audit, (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Inoltre dovrà essere posta in essere un'attività volta in primo luogo alla verifica dell'esistenza fisica e dello stato fisico ed operativo degli obblighi PAC e, successivamente, dovrà essere prevista dall'Azienda con cadenza almeno triennale.</p> <p>L'attività di sostanza dovrà pertanto, una volta appurata l'esistenza dei beni per il tramite della rilevazione fisica, prevedere un'attività di verifica della corretta valorizzazione economica del costo storico dei beni, nonché la riconciliazione dell'inventario con le risultanze contabili e gestionali esistenti dei beni mobili e immobili delle Aziende sanitarie della Regione Lazio; infine dovrà essere effettuata un'attività di riconciliazione puntuale dei costi storici con la loro rispettiva fonte di finanziamento e quindi con il contributo in conto capitale rievuto e sospeso tra le riserve patrimoniali, al fine di una corretta determinazione della stanfizzazione annuale delle quote di ammortamento.</p> <p>In sintesi pertanto l'attività di verifica sarà suddivisa nelle seguenti macro linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricostruzione Libro Cespi; - Inventarizzazione del patrimonio mobiliare ed immobiliare; - Attività di riconciliazione contabile; - Ricostruzione di tutti i contributi in conto capitale e collegamento al singolo cespi; 	Esercizio 31/12/2025	avvio progetto separato di censimento delle aree che ci si attende si concluda nel 2025
	D2) Realizzare inventari fisici periodici.				
	D3) Proteggere e salvaguardare i beni.				
	D4) predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti.				
D - AREA IMMOBILIZZAZIONI	D5) Individuare separatamente i cespi acquisiti con contributi in conto capitale, i cespi acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.				
	D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.				

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note
	D7) Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro ospiti con quelle della contabilità generale.				
	E1) Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini – reparti/servizi – terzi) delle scorte.	E.1.1	<p>[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC, posti con riferimento alla voce delle Rimanenze, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Come attività di sostanza è necessario procedere con la verifica della riconciliazione delle giacenze di magazzino rappresentate in bilancio, con l'esistenza fisica delle scorte, determinate da quanto rilevato a seguito dell'inventario periodico e pertanto la verifica della riconciliazione tra le risultanze della contabilità analitica e quelle della contabilità generale.</p>	Esercizio 31/12/2024	
E - AREA RIMANENZE	E3) Rilevare gli aspetti gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione tra i due sistemi				
	E4) Definire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte (magazzini – reparti/servizi – terzi) al 31 dicembre di ogni anno.				
	E5) Calcolare il turnover delle scorte in magazzino e delle scorte obsolete (scadute e/o non più utilizzabili nel processo produttivo).				
	E6) Disporre di un sistema contabile/gestionale per la rilevazione e classificazione delle scorte che consenta, tra l'altro, di correlare: documenti d'entrata e fatture da ricevere, scarichi e prestazioni attive.				
	E7) Gestire i magazzini in modo da garantire: la separazione tra funzioni di contabilità di magazzino e di contabilità generale; la verifica tra merci ricevute e quantità ordinate; la rilevazione e la tracciabilità degli scarichi di magazzino e dei trasferimenti al reparto; la riconciliazione tra quantità inventariate e quantità rilevate e valorizzate in contabilità generale.				
F - AREA CREDITI E RICAVI	F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F.1.1	<p>[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC, posti con riferimento all'area contabile dei Crediti e dei Ricavi, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Come attività di sostanza è necessario procedere con le seguenti azioni: F.1.1.1 - Verifica della quadratura tra contabilità generale ed il partitario clienti; F.1.1.2 - Verifica dell'esistenza dei crediti iscritti in bilancio, tramite un attività di circoscrizione dei debitori, analisi e riconciliazione delle rigoste pervenute e svolgimento di procedure di verifica alternative in caso di mancato riscontro; F.1.1.3 - Verifica della corretta valorizzazione dei crediti in bilancio rispetto al loro presumibile valore di realizzo, e pertanto della congruenza degli accantonamenti a Fondo svalutazione crediti, tramite l'analisi della stratificazione per scadenza degli stessi ed analisi puntuale delle posizioni significative e maggiormente datate; F.1.1.4 - Attività di riconciliazione dei Crediti vantati verso la CSA con i Debiti registrati dalla GSA alla data di chiusura dell'esercizio; (si rimanda all'azione B-C.1.2) F.1.1.5 - Attività di Analisi e riscontro dei crediti verso comuni, al fine di verificarne la recuperabilità.</p>	Esercizio 31/12/2024	<p>Con riferimento alle azioni di sostanza ed in particolare alle azioni F.1.1.1-F.1.1.3, le stesse risultano in parte già attuate a seguito dell'esecuzione di quanto previsto dalla determinazione n. G.0720 del 3/08/2023 avente ad oggetto "Attività straordinaria di revisione dello stato patrimoniale per la corretta determinazione del fondo di dotazione delle azioni del S.S.R.". Allo stato odierno risulta pertanto necessario portare a compimento le attività pendenti e proseguire con un'azione di monitoraggio del mantenimento degli obiettivi raggiunti.</p>
	F2) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai debitori.				
	F3) Realizzare analisi comparative periodiche degli ammontari di crediti e ricavi del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.				
	F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.				
	F5) Valutare i crediti e i ricavi, tenendo conto di tutti i fatti che possono influire sul valore degli stessi, quali ad esempio: il rischio di inesigibilità e l'eventualità di rettifiche.				

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note	
G - AREA DISPONIBILTA' LIQUIDE	F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi.					
	F7) Effettuare attività di riconciliazione: tra i crediti verso lo Stato, iscritti nel bilancio della G.S.A. e i residui passivi iscritti nei capitoli di bilancio dello Stato; tra i crediti verso la Regione, iscritti nel bilancio della G.S.A. e i residui passivi iscritti nei capitoli di bilancio regionale.					
	G1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.	G.1.1	[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC, posti con riferimento all'area contabile delle disponibilità liquide, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).	Esercizio 31/12/2024		
	G2) Separare adeguatamente compiti e responsabilità tra le attività di rilevazione contabile di ricavi, costi, crediti e debiti e le attività di rilevazione contabile d'incassi e pagamenti.					
	G3) Realizzare controlli periodici da parte di personale interno, terzo dalle funzioni di Tesoreria.					
	G4) Garantire che tutte le operazioni di cassa e banca siano corredate da documenti idonei, controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.					
G5) Tracciare, in modo chiaro, evidente e ripercorribile, tutti i controlli svolti sulle operazioni di "tesoreria inclusa" (attività di riconciliazione contabile con le risultanze dell'Istituto Tesoriere, dei conti correnti postali, delle casse economiche, ecc.).						
	G6) Garantire la tracciabilità di tutti i movimenti finanziari tra il conto corrente di Tesoreria unica (G.S.A.) e gli altri conti correnti della Regione.					
C/O FINO NETTO	H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto.	H1.1	[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC, posti con riferimento all'area contabile del Patrimonio Netto, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).	Esercizio 31/12/2025		
	H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziati, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono.			[S] Come attività di sostanza è necessario procedere con le seguenti azioni: - H1.1.1 Effettuare una ricognizione tra i contributi in c./investimenti iscritti nel Patrimonio Netto dell'Azienda ed i cespiti iscritti tra le imm.ni materiali, con il fine di verificare la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione. (si rimanda all'azione D1.1)		

Delibera 1082/2025 - Allegato 3 - pag. 10 di 65

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note
H - PATRIMI	<p>H4) Ricicliare i contributi in conto capitale da Regione e da altri soggetti in modo tale da consentire un' immediata individuazione, l'accoppiamento con la delibera formale di assegnazione e la tracciabilità del titolo alla riscossione da parte dell'Azienda.</p> <p>H4) Identificare puntualmente i conferimenti, le donazioni ed i lasciti vincolati a investimenti e la riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.</p>	11.1	<p>[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC posti con riferimento all'area contabile dei Debiti e dei Costi, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Come attività di sostanza è necessario procedere con le seguenti azioni: -1.1.1. - Verifica della quadratura tra contabilità generale ed il partitario fornitori; -1.1.2. - Verifica della completezza e sussistenza dei debiti iscritti in bilancio, tramite un'attività di circolarizzazione dei creditori, analisi e riconciliazione delle risposte per venute e svoglimento di procedure di verifica alternative in caso di mancato riscontro; -1.1.2. - Verifica approfondita degli accantonamenti e della movimentazione dei conti relativi alle fatture da ricevere e iscritti in bilancio ed in particolare relativi ad anni pregressi al fine di confermarne la sussistenza; -1.1.3. - Verifica di dettaglio della corretta registrazione contabile e gestione delle Note Credito da Ricevere iscritte in bilancio ed associate alle seguenti categorie: -- Note di credito da ricevere per controlli esterni concordati; -- Note di credito da ricevere da altri fornitori o da strutture accreditate (non riconducibili alle prime due categorie elencate). Con il fine di pervenire alla corretta e tempestiva attivazione delle richieste di note credito da parte delle Aziende alle strutture accreditate e/o altri fornitori ed alla verifica della completezza del fondo rischi associato alle stesse, oltre che all'analisi della veridicità e corretta contabilizzazione in bilancio. -1.1.4. - Analisi degli altri debiti tramite l'analisi della composizione di dettaglio della voce contabile al fine di verificarne la sussistenza e completezza alla data di riferimento di bilancio.</p>	Esercizio 31/12/2025	<p>Con riferimento alle azioni di sostanza ed in particolare alle azioni 1.1.1-1.1.4, le stesse risultano in parte già attuate a seguito dell'esecuzione di quanto previsto dalla determinazione n. G.10720 del 3/08/2023 avente ad oggetto "Attività straordinaria di revisione dello stato patrimoniale per la corretta determinazione del fondo di dotazione delle azioni della S.S.R.". Allo stato odierno risulta pertanto necessario portare a compimento le attività pendenti e proseguire con un'azione di monitoraggio del mantenimento degli obiettivi raggiunti.</p>
I - AREA DEBITI E COSTI	<p>1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.</p> <p>2) Impiegare documenti idonei ed approvati, lasciando traccia dei controlli svolti: ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i debiti deve essere comprovata da appositi documenti che siano controllati ed approvati prima della loro rilevazione contabile.</p> <p>3) Dare evidenza dei controlli effettuati con particolare riguardo: alla comparazione di ordini - offerte richieste ai fornitori - bolle di entrata della merce in magazzino; alla verifica delle fatture dei fornitori (intestazione, bolla-fattura, bolla-ordine, calcoli aritmetici, adempimenti fiscali, autorizzazione al pagamento).</p> <p>4) Fornire idonei elementi di stima e di previsione dei debiti di cui si conosce l'esistenza ma non l'ammontare: merci acquistate o servizi ricevuti senza che sia stata ricevuta e contabilizzata la relativa fattura; debiti a lungo termine, comprensivi degli interessi, per i quali sussistono particolari problemi di valutazione; debiti sui quali siano maturati interessi o penalità da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debiti certi.</p> <p>5) Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione glisavorista e previdenziale.</p> <p>16) Separare adeguatamente i compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione del debito (e dei correlati costi).</p> <p>17) Realizzare riscontri periodici tra le risultanze contabili interne all'azienda e quelle esterne, provenienti dai creditori.</p>				

Delibera 1082/2025 - Allegato 3 - pag. 11 di 65

Allegato 1

Area di Bilancio	Obiettivo	ID	Azioni	Adozione nuova scadenza	Note
J - AREA FONDI PER RISCHI ED ONERI	<p>10) Realizzare analisi comparative periodiche degli ammontari di debiti e costi, del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione.</p> <p>19) Effettuare attività di riconciliazione tra i debiti verso le Aziende, iscritti nel bilancio della G.S.A., i residui passivi iscritti nei capitoli di bilancio regionale e i crediti verso la Regione rilevati nei bilanci delle aziende.</p> <p>11) Rappresentare in maniera completa, veritiera e corretta le passività per rischi potenziali in bilancio</p>	J.1.1.	<p>[P] Dal punto di vista procedurale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi PAC, posti con riferimento all'area contabile dei Fondi per rischi ed oneri, sarà necessario effettuare un assessment circa l'adeguatezza delle procedure e manuali contabili adottati dall'azienda, nonché dei controlli interni posti in essere a mitigazione dei rischi individuati ed in funzione dell'area di Internal Audit. (a tal riguardo si rimanda integralmente a quanto riportato all'azione A1).</p> <p>[S] Da un punto di vista sostanziale è necessaria un'attività di ricognizione dei contenuti in essere alla data di chiusura di ogni esercizio, attraverso la circolarizzazione degli avvocati esterni e/o interni e successivamente mediante l'analisi delle risposte ricevute, con particolare focus sui seguenti aspetti: - Pettium; - Grado di sovraccobertura; - Copertura degli accantonamenti; - Necessità di utilizzare/filasciare il fondo. Le risposte dei legali vengono riepilogate in un file di Ricognizione dettagliata dei Contenuti. Tale documento riepiloga, in maniera dettagliata, lo stato dei contenuti in essere ed i relativi accantonamenti a fondo rischi ed oneri, riportando tutte le informazioni necessarie, tra cui il ruolo, lo stato della causa, la categoria del contenzioso, l'attore ricorrente, l'anno di competenza, il pettium, il grado di rischio e la % di copertura della passività potenziale. Riconciliazione tra l'ammontare delle passività potenziali, così definito con quanto riportato tra gli stanziamenti in contabilità. Detto dettaglio dovrà quindi essere aggiornato con costanza ed in particolare alla data di chiusura dell'esercizio contabile.</p>	Azioni concluse	<p>Con riferimento alle azioni di sostanza, le stesse risultano in parte già attuate a seguito dell'esecuzione di quanto previsto dalla determinazione n.G.10720 del 3/08/2023 avente ad oggetto "Attività straordinaria di revisione dello stato patrimoniale per la corretta determinazione del fondo di dotazione delle aziende del S.S.P.". Allo stato odierno risulta pertanto necessario proseguire con un'azione di monitoraggio del mantenimento degli obiettivi raggiunti.</p>

Allegato 2



Modello regionale di Controllo Interno e Processi di Audit

Strumento volto a garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo-contabili

Revisione del 10/10/2024

**INDICE**

1. Premessa	3
2. Scopo e campo di applicazione	4
3. Istituzione della funzione del Controllo Interno	6
4. Principi di riferimento della funzione di audit interno	7
5. Compiti e responsabilità	8
6. Auditori.....	10
7. Tipologia dei controlli	11
8. Metodologia	12
8.1 Le attività del controllo interno.....	12
8.2 Identificazione e valutazione del rischio (Risk Assessment)	12
8.2.1 Definizione del contesto di riferimento	15
8.2.2 Identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione	15
8.2.3 Valutazione delle misure e dei controlli (Rischio residuo).....	17
9. Il ciclo di Audit.....	18
9.1 Programmazione delle attività di audit.....	18
9.1.1 Programmazione triennale	18
9.1.2 Programmazione annuale	18
9.1.3 Programmazione operativa	19
9.2 Le fasi di un intervento di audit	19
9.2.1 Analisi preliminare	20
9.2.2 Pianificazione dell'intervento di audit	20
9.2.3 Preparazione della lista di riscontro	21
9.2.4 Svolgimento dell'attività di audit	21
9.2.4.1 Riunione di apertura	21
9.2.4.2 Esecuzione del lavoro sul campo.....	22
9.2.4.3 Preparazione del rapporto di audit	24
9.2.4.4 Riunione di chiusura	25
9.2.4.5 Comunicazione dei risultati	25
9.3 Le azioni correttive e di miglioramento	25
10. I controlli periodici.....	26
10.1 Monitoraggio dell'azione correttiva e di miglioramento	26
10.2 Pianificazione dei controlli periodici	26
10.3 Effettuazione dei controlli periodici	26



10.4	Elenco e monitoraggio delle azioni correttive di miglioramento	27
10.5	Archiviazione della documentazione di audit	27
11.	Trattamento dei dati personali	27
11.1	Relazione annuale del controllo interno	27
12.	Obbligo di denuncia	28
12.1	Denuncia di danno erariale	28
12.2	Denuncia penale	28
13.	Modulistica	29
ALLEGATO 1 - STANDARD INTERNAZIONALI		30
	Codice Etico.....	30
	Standard internazionali per la pratica professionale dell'internal auditing (STANDARD)	32
	Standard di connotazione	32
	Standard di prestazione.....	39
	Glossario	50



1. PREMESSA

Nell'ambito delle attività di coordinamento previste dall'art.2 del D.I. del 17 settembre 2012, la Regione Lazio ha sottolineato l'importanza della funzione del controllo interno, nonché, ai sensi del DCA n. 297/19 e precedenti, ha ribadito come rivesta un ruolo fondamentale l'adozione da parte delle Aziende di un sistema di controllo interno efficace, in coerenza con l'obiettivo A.1 *"Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio"* dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC), ovvero orientato in maniera costante alla verifica della corretta applicazione delle procedure, al fine di favorire la diffusione della "cultura del controllo" e, soprattutto, di rendere proficuo l'investimento effettuato in termini di rilevazione delle procedure amministrativo contabili.

A tal fine la Regione Lazio ha istituito la funzione di controllo interno regionale volta a monitorare l'andamento delle proprie Aziende oltre all'affiancamento alle stesse nelle attività di monitoraggio della corretta applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate da ciascuna Azienda Sanitaria. L'attività di controllo interno, quale funzione indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali nonché strumento volto a garantire la corretta implementazione e applicazione delle procedure amministrativo-contabili in ambito PAC, ha la finalità di divenire uno strumento a disposizione del management per valutare e migliorare la performance delle singole Aziende valorizzando i concetti di trasparenza dell'azione amministrativa e di responsabilizzazione dei gestori, nonché la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, attraverso la verifica della conformità dei comportamenti alle procedure aziendali approvate.

Al fine di raggiungere l'obiettivo ultimo del PAC, ovvero che al termine del percorso ciascuna Azienda dovrà fare in modo che i dati contabili siano verificabili ad opera di un revisore legale terzo chiamato ad esprimere un giudizio (ai sensi del D.lgs. 39/2010) sul bilancio nel suo complesso, è fondamentale per ogni Azienda l'istituzione della funzione di controllo interno.

La pianificazione aziendale può essere considerata come il punto di partenza per raggiungere elevati livelli di qualità e di efficienza. Svolgere la pianificazione significa per la Regione programmare e definire il proprio percorso di sviluppo ed individuare gli obiettivi che intende raggiungere. Essa rappresenta, quindi, un momento di particolare importanza. Accanto all'attività di pianificazione, è importante che la Regione concentri parte dell'attenzione su un altro aspetto: il controllo. La Regione deve, infatti, controllare e monitorare che l'attività posta in essere dalla Regione stessa e dalle Aziende Sanitarie sia in linea con gli obiettivi pianificati e che non venga deviata da eventi esterni.



La dinamicità del sistema ambientale e del contesto di riferimento fanno sì che ogni organizzazione si trovi a dover affrontare e gestire eventi o accadimenti che incombono direttamente sui processi gestionali. Gli eventi possono essere rappresentati da tutte quelle situazioni il cui verificarsi comporta dirette conseguenze sul sistema azienda. Ad ogni evento viene associato un impatto che può assumere connotazioni negative o positive. In caso di impatto negativo si parla di rischio, in caso di impatto positivo si parla, invece, di opportunità. È compito del management individuare tali eventi, analizzarli ed impostare un'attività di monitoraggio in grado di cogliere e sfruttare le opportunità e di gestire e ridurre o eliminare i rischi. Per poter gestire i rischi le Aziende del SSR devono progettare e implementare al suo interno un sistema adatto al loro governo.

L'implementazione di un sistema di controllo interno, quale *insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire, attraverso un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi, una conduzione dell'impresa sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati, consente una migliore allocazione e utilizzo delle risorse e delle attività, riducendo le inefficienze e gli sprechi nel rispetto del principio del "buon andamento" dell'azienda*, nonché come strumento della gestione per il governo del rischio amministrativo-contabile.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L'istituzione della funzione di controllo interno regionale svolge un insieme di attività a supporto delle decisioni politiche e direzionali, sia in fase di definizione dei piani e dei programmi (ex ante) e in fase di verifica intermedia dei risultati gestionali (in itinere) sia in fase di verifica dei risultati conseguiti (ex post). Mediante tali attività di supporto la funzione di controllo interno fornisce alla Direzione regionale uno strumento di verifica di congruità che le azioni svolte e i risultati ottenuti siano in linea con gli obiettivi stabiliti ai vari livelli decisionali. Tale funzione ha il compito di assistere la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria nelle attività di verifica della corretta implementazione delle procedure amministrativo contabili (previste dal PAC) approvate dalle singole aziende nonché una valutazione periodica dei sistemi di controllo interno.

La prima elaborazione completa in tema di nozione e struttura dei controlli interni risale al 1992, con la pubblicazione del rapporto "Internal Control: Integrated Framework" da parte del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (CoSO). Tale documento definisce il sistema di controllo interno come il processo formato da un insieme di meccanismi, procedure e strumenti, adottati dalla direzione, per assicurare una ragionevole garanzia nel conseguimento degli obiettivi, i quali possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- efficacia ed efficienza delle attività operative (Operations);
- attendibilità del reporting finanziario (Reporting);
- rispetto del quadro normativo e regolamentare di riferimento (Compliance).



Dalla definizione emergono le caratteristiche proprie del sistema di controllo interno, che si qualifica come **“processo”**, ossia un insieme dinamico di attività organizzate e preordinate alla salvaguardia degli interessi di tutti i soggetti coinvolti, **“di competenza del vertice aziendale”**, non predeterminato, negli aspetti di dettaglio, da norme e regolamenti esterni, ed infine **operante nella prospettiva della “ragionevole garanzia”**, pertanto funzionale non all’eliminazione integrale di errori, sostanziali o procedurali, e frodi gestionali, ma diretto alla loro riconduzione all’interno di un livello di rischio accettabile per l’Azienda, secondo un giudizio predefinito.

Partendo quindi da tale definizione si evince come la funzione di controllo interno non abbia un ruolo ispettivo, bensì consultivo e propositivo la cui finalità consiste nel promuovere il continuo miglioramento del sistema complessivo di valutazione del rischio e di controllo in generale attraverso la valutazione della funzionalità del sistema di controllo, la verifica della regolarità delle attività operative e l’andamento dei rischi, al fine di portare all’attenzione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria i possibili miglioramenti alle politiche, alle procedure di gestione dei rischi e ai mezzi di monitoraggio e di controllo.

Nel presente “Modello di controllo interno e Processi di Audit” sono descritti i ruoli, le responsabilità e le modalità operative per lo svolgimento dell’attività del controllo interno e di processi di audit sui processi operativi in riferimento alla realizzazione degli obiettivi dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

I destinatari del presente modello sono la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, le Aziende Sanitarie e le rispettive Direzioni Strategiche, la funzione del controllo interno di ciascuna Azienda, tutte le Strutture e i Servizi a qualunque titolo interessati all’attività di controllo e alle attività di audit.

Il contenuto del modello e dei suoi allegati è soggetto a periodiche valutazioni e, se del caso, revisioni in funzione a variazioni intervenute:

- nella normativa nazionale e regionale di riferimento;
- nella strategia dell’attività di auditing.

L’obiettivo che si intende perseguire attraverso tale modello è quello di definire:

- la metodologia per assistere il management nell’identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- verifica della corretta applicazione del manuale delle procedure amministrativo contabili per ogni ciclo di bilancio;
- le fasi e le tempistiche del processo di audit.

Il modello di controllo interno proposto viene aggiornato dalla funzione del controllo interno regionale, approvato dal Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area controllo di gestione e internal audit e pubblicato sulla piattaforma documentale regionale Alfresco.



3. ISTITUZIONE DELLA FUNZIONE DEL CONTROLLO INTERNO

L'attività di controllo interno è una funzione di verifica indipendente, operante all'interno della Regione Lazio e sotto la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area controllo di gestione e internal audit, con la finalità di esaminare e valutare i processi interni alle Aziende Sanitarie. L'obiettivo che si intende perseguire attraverso l'istituzione di tale funzione è quello di fornire un supporto per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali).

La funzione di controllo interno regionale, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto:

- assiste la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area controllo di gestione e internal audit nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative,
- verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite da ciascuna Azienda, sulla base dei requisiti minimi previsti dai PAC;
- identifica e valuta i fattori di rischio, tramite analisi dei processi basata sul rischio (risk based);
- avanza proposte o altri suggerimenti volti a superare le difficoltà riscontrate o in risposta agli aggiornamenti normativi previsti e
- valida l'affidabilità dei sistemi di controllo presenti nelle Aziende attraverso l'effettuazione di specifiche attività di verifica sulla corretta applicazione delle procedure aziendali.

L'efficacia dei controlli interni è direttamente proporzionale all'integrità e ai valori etici degli individui che creano, amministrano ed effettuano il monitoraggio dei controlli stessi. In questo senso le politiche e i comportamenti stessi del management all'interno dell'Azienda possono fornire una chiara idea del contesto ambientale e di quanto valore viene attribuito ai comportamenti etici. Secondo tali premesse, la funzione di controllo interno fornisce appropriati suggerimenti volti a migliorare il processo di governance allo scopo di:

- favorire lo sviluppo di valori e principi etici nell'organizzazione;
- comunicare informazioni sui rischi e controlli alle relative funzioni dell'organizzazione sia regionale che aziendale;
- coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra il Direttore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria area risorse economico-finanziaria, le Direzioni delle Aziende Sanitarie e le funzioni di controllo interno aziendali.

Inoltre, il compito della funzione del controllo interno regionale è quello di:

- favorire la divulgazione delle linee guida regionali tra le Aziende Sanitarie, le cui indicazioni in esse presenti dovranno essere recepite e implementate nelle rispettive procedure aziendali;
- verificare e monitorare la conformità degli atti adottati dalle Aziende Sanitarie rispetto alle leggi, alle norme, alle regole e alle disposizioni regionali;
- ricevere i piani triennali e annuali di Audit delle singole Aziende validati dalla Direzione Strategica Aziendale (tali piani devono essere divulgati all'interno delle singole Aziende Sanitarie in modo da favorire il coinvolgimento di tutto il personale coinvolto);
- verificare che le attività delle singole Aziende Sanitarie siano svolte secondo i piani e programmi predefiniti e che i risultati conseguiti siano coerenti con gli obiettivi e i traguardi stabiliti a livello regionale;
- facilitare il processo di miglioramento continuo dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie attraverso la divulgazione delle best practices adottate dalle stesse;



- implementare specifiche attività di audit sulla corretta applicazione delle procedure aziendali;
- avanzare proposte/altri suggerimenti volti a superare le difficoltà riscontrate (azioni correttive).

In quest'ottica, il controllo si ispira al principio di autotutela dell'amministrazione che, nell'ipotesi in cui ravvisi in propri atti elementi di irregolarità o di illegittimità, può procedere a rettificarli, integrarli o annullarli.

4. PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELLA FUNZIONE DI AUDIT INTERNO

Uno degli strumenti di cui si avvale il controllo interno per l'esercizio della sua funzione è il processo di audit, basato sulle evidenze oggettive. Per l'esplicazione delle proprie attività, il Responsabile di Audit e gli auditors fanno riferimento alle linee guida, ai principi generali espressi nel presente documento, al mandato e alle altre normative interne specifiche. Gli auditors, nello svolgimento degli audit, fanno riferimento per l'esplicazione della propria attività:

- alla normativa nazionale e regionale in materia di audit, nonché ai principi di revisione aziendale ed alle norme che disciplinano il sistema dei controlli interni nella pubblica amministrazione;
- alla normativa UNI EN ISO 19011 in merito ai principi dell'attività di audit;
- agli "Standard per la pratica professionale dell'Audit Interno", alle relative "Guide interpretative" ed al "Codice etico" emanati dall'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.) (Allegato 1) laddove non in contrasto con le normative che disciplinano l'attività amministrativa delle aziende sanitarie nel rispetto e secondo i limiti previsti dalle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali (D.lgs 30 giugno 2003 n.196 e s.m.i.)
- alla legge 262/05 "Legge sulla tutela del Risparmio e Corporate Governance" artt.14-15-30, la quale prevede che il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili societari, nell'adempimento dei nuovi compiti e responsabilità, necessita del contributo degli attori aziendali preposti al presidio del sistema di controllo interno.

La definizione dell'attività di Audit Interno validata dall'organizzazione mondiale che fa capo all'A.I.I.A. americana è la seguente:

"L'Audit Interno è un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di corporate governance"

Il nuovo codice etico dell'associazione professionale enuncia i principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza che caratterizzano l'esercizio della funzione di Audit Interno fornendo altresì le regole di condotta.



Ai fini di una migliore interpretazione nell'ambito della pubblica amministrazione dei principi che caratterizzano l'attività di Audit Interno si fa riferimento anche a quanto indicato dai seguenti principi nazionali ed internazionali in materia di audit interno:

- standard I.I.A. (Institute of Internal Auditors);
- il ruolo dell'auditing nella governance del settore pubblico – Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.);
- principi internazionali di revisione: ISA/ISAE/ISRE (International Standards on Auditing/Internationally Standards on Attestation Engagements/International Standard On Review Engagements);
- indirizzi, direttive e linee guida della Corte dei conti con riferimento alla tematica dell'audit interno

5. COMPITI E RESPONSABILITÀ

Il controllo interno regionale è un'attività indipendente, pertanto la relativa funzione, per svolgere il suo compito in modo obiettivo, dovrà godere della necessaria autonomia, libera da condizionamenti, quali potrebbero essere conflitti di interesse individuali, limitazioni del campo di azione, restrizioni nell'accesso a informazioni, rapporto di dipendenza gerarchica nei confronti di coloro che verificano o difficoltà analoghe.

La responsabilità della funzione di controllo interno è assegnata ad un Responsabile, posizionato nell'Area controllo di gestione e internal audit della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e dovrà relazionare e rispondere per tutte le proprie attività solo al proprio Direttore.

In attuazione di quanto precede, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria attribuisce alla funzione di controllo interno le risorse ritenute necessarie per adempiere al suo mandato e ne supporta l'attività per consentirle di conseguire i relativi obiettivi. È facoltà della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area controllo di gestione e internal audit, sentito il Responsabile della funzione, avvalersi di ulteriori professionalità per conseguire la piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo oggetto di controllo.

Il Responsabile della funzione controllo interno regionale individua, per ciascun audit, i componenti del gruppo le cui competenze professionali sono maggiormente attinenti al processo oggetto di audit, costituendo il gruppo di lavoro.

Ciascun componente del gruppo assicura, per gli audit a cui è designato a partecipare, l'insussistenza di conflitti d'interesse. Qualora un componente del gruppo sia direttamente coinvolto per la propria funzione nell'attività oggetto di analisi, il Responsabile della funzione controllo interno provvede alla sostituzione dello stesso con una figura diversa, nei principi di obiettività, trasparenza e imparzialità che sottintendono la funzione del controllo interno.

La funzione di controllo interno regionale per poter svolgere correttamente le proprie funzioni deve:

- poter accedere alla documentazione relativa alle singole Aziende Sanitarie;
- assistere la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area controllo di gestione e internal audit nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli aziendali e delle procedure operative;
- redigere il Piano di Audit regionale, conformemente alle indicazioni allegato al presente documento;



- regolare lo svolgimento delle attività programmate all'interno del Piano di Audit validato dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area controllo di gestione e internal audit;
- definire la composizione del Gruppo di Audit, individuando il Responsabile del Gruppo di Audit;
- comunicare il programma degli audit alle Aziende Sanitarie e ai Responsabili del Gruppo di Audit;
- assicurare la disponibilità di auditor per condurre gli audit garantendo obiettività, imparzialità, assenza di conflitti e di interessi;
- monitorare periodicamente l'esecuzione delle attività definite secondo il cronoprogramma condiviso con il Responsabile del Gruppo di Audit; discutere e valutare le risultanze delle attività di audit e della rilevanza delle eventuali non conformità riscontrate
- validare i rapporti finali di Audit predisposti in ciascuna Azienda Sanitaria;
- supportare le Aziende Sanitarie nell'individuazione delle azioni migliorative oppure promuovere eventuali azioni correttive o di miglioramento qualora ravvisi la necessità a livello centrale;
- attivare le consulenze esterne, qualora ve ne sia il bisogno per carenza di competenze adeguate necessarie al personale di controllo interno, per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di controllo.

Il Responsabile del Gruppo di Audit dovrà svolgere le seguenti attività:

- prendere conoscenza delle attività di audit incluse nel Piano e della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire; predisporre quanto necessario per la conduzione dell'audit (es.: check-list specifiche);
- partecipare alle attività di audit pianificate a fronte dei rischi più rilevanti;
- coordinare e supervisionare le attività assegnate al Gruppo di Audit;
- valutare l'adeguatezza delle evidenze raccolte a supporto delle conclusioni tratte nel corso degli audit stessi;
- redigere e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate;
- redigere e sottoscrivere il Rapporto di Audit sul processo oggetto di audit in conformità a quanto previsto nella documentazione di riferimento;
- consegnare il Rapporto di Audit al Responsabile della funzione di controllo interno regionale entro 10 giorni dalla data dell'audit.

Il Gruppo di Audit dovrà:

- prendere conoscenza della documentazione di riferimento per l'audit da eseguire;
- eseguire le attività di audit assegnate formalizzando quanto necessario per la conduzione dell'audit (es.: check-list specifiche);
- supportare il Responsabile del Gruppo di Audit nella conduzione dell'audit;
- redigere, sottoporre alla review del Responsabile e sottoscrivere i rapporti di non conformità, qualora fossero rilevate (nel caso in cui non sia presente il Responsabile del Gruppo di Audit, ciascun auditor svolge l'audit riportando le evidenze nel rapporto. Successivamente il Responsabile del Gruppo, dopo aver collazionato tutti i rapporti predispose un unico Rapporto di non conformità per il processo analizzato);
- consegnare i Rapporti di non conformità compilati al Responsabile del Gruppo di Audit.



I responsabili delle Unità Operative delle Aziende Sanitarie direttamente coinvolte negli audit hanno la responsabilità delle azioni successive all'audit in riferimento a:

- trattamento e risoluzione delle non conformità;
- apertura delle azioni correttive e di miglioramento;
- revisione delle procedure;
- monitoraggio della effettiva esecuzione delle azioni di rimedio.

6. AUDITORS

L'auditor deve possedere caratteristiche personali necessarie per un efficace espletamento degli audit. Deve avere una rapidità di comprensione delle diverse situazioni organizzative delle Aziende Sanitarie, capacità di analisi e di sintesi, elevato senso dell'etica ed integrità morale, atteggiamento mentale di obiettività, attitudine ai rapporti interpersonali e capacità di comunicazione, conoscenza delle tecniche di "problem solving" per i problemi rilevati nell'esecuzione dell'audit, determinazione nel conseguimento degli obiettivi.

L'attività di Audit Interno si sviluppa per singoli audit realizzati da specifici gruppi di audit costituiti da personale con caratteristiche professionali e di esperienza idonee al conseguimento degli obiettivi dei singoli audit stessi. Il gruppo di audit, salvo eccezioni, costituisce pertanto un presupposto di base per l'espletamento dell'attività di Audit Interno.

Il Gruppo di audit è composto da:

- Responsabile del Gruppo di Audit (sempre presente nel gruppo): responsabile del gruppo di audit e della preparazione e conduzione dell'audit stesso;
- Auditor (presenza opzionale): a supporto del Responsabile del Gruppo di Audit;
- esperto di settore (presenza opzionale): addetto a supportare le attività di audit in ambiti specialistici, ove il Responsabile del Gruppo di Audit o Auditor non garantiscano sufficiente competenza sui processi da valutare;
- auditor in formazione (presenza opzionale);
- osservatore (presenza opzionale).

Il personale che si occuperà di svolgere tali attività deve essere adeguatamente formato con una formazione generale di conoscenza delle norme regionali e nazionali in ambito sanitario e una formazione sulle Aziende Sanitarie, con riguardo all'attività, all'organizzazione e alle regole interne.



7. TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

L'attività di controllo interno assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: **audit di conformità (compliance audit)**;
- l'efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: **audit operativo (operational audit)**;
- l'attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): **audit finanziario-contabile (financial audit)**.

Il presente "Modello di Controllo Interno e Processi di Audit" focalizza le proprie attività sull'analisi di conformità delle procedure aziendali.

Ulteriori tipologie di audit finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi a cui la funzione di controllo interno può essere indirizzata sono:

- IT audit: per verificare la conformità dei sistemi informativi alle necessità aziendali (coerenza logica delle informazioni trattate, ecc....), alle normative vigenti (livelli di sicurezza e di affidabilità, nonché per valutare l'accuratezza e la completezza dei dati gestionali e contabili utilizzati nell'ambito delle attività di audit ecc.;
- audit direzionale: per analizzare la definizione e condivisione aziendale degli obiettivi strategici e rischi correlati e verificare nel tempo la coerenza dei comportamenti gestionali rispetto a tali obiettivi;

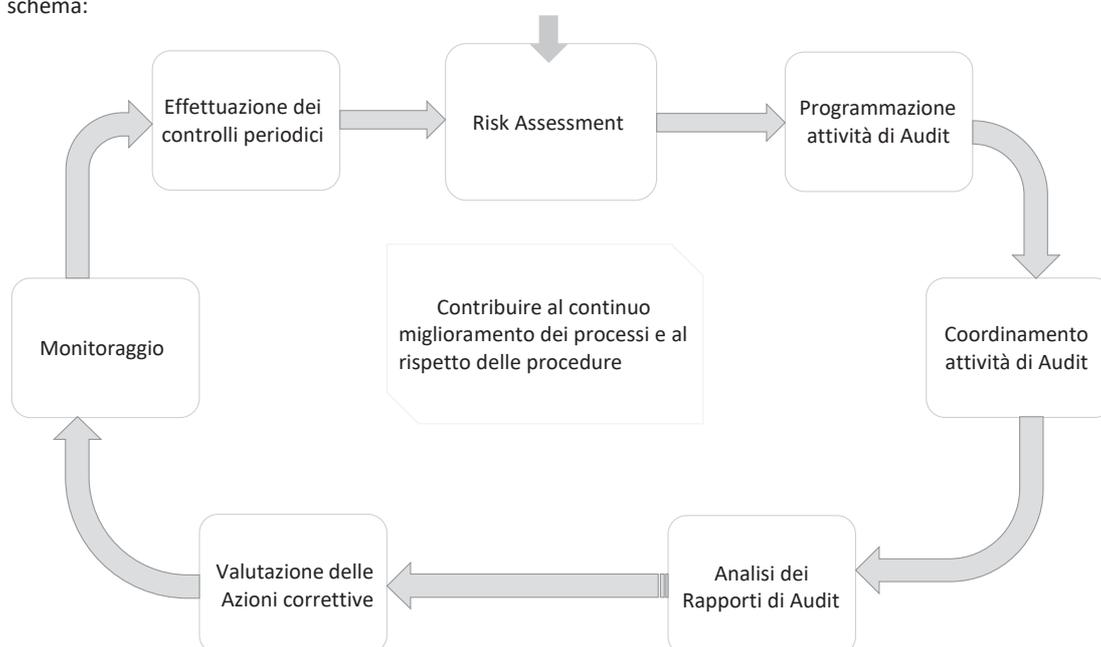


-controlli periodici: per rilevare l'effettiva realizzazione delle azioni concordate a seguito di osservazioni formulate durante interventi precedenti.

8. METODOLOGIA

8.1. LE ATTIVITA' DEL CONTROLLO INTERNO

Il processo legato alle attività della funzione di controllo interno può essere rappresentato mediante il seguente schema:



8.2. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO (RISK ASSESSMENT)

La prima fase dell'attività di controllo interno è costituita dal Risk Assessment, ossia da un processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi per individuare le aree maggiormente esposte a rischio, che potrebbero pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione Regionale.

L'identificazione delle aree critiche si articola nelle seguenti fasi:

- Aspetti generali;
- Risk assessment (individuazione delle situazioni di rischio).



Aspetti generali

In fase di avvio delle attività di controllo interno, la funzione del controllo interno regionale individua le aree critiche delle Aziende attraverso l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi, delle richieste e delle indicazioni provenienti da strutture interne o organismi esterni all'Azienda, dall'analisi di documenti, dei dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate. In questo ambito il punto di avvio è rappresentato dalle Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il PAC ha individuato le seguenti Aree organizzativo/gestionali critiche:

- Area generale;
- Immobilizzazioni;
- Rimanenze;
- Crediti e ricavi;
- Disponibilità liquide;
- Patrimonio netto;
- Debiti e costi;
- Fondi per Rischi ed Oneri.

Altre fonti interne/esterne sono (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- checklist sulla verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo contabili per i diversi cicli aziendali predisposte dalle Aziende Sanitarie;
- verbali dei Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie;
- piano annuale risk management di ogni Azienda Sanitaria;
- valutazione degli strumenti di monitoraggio della performance aziendale (es. obiettivi di budget); richieste di informative da parte della Corte dei Conti o del Ministero.

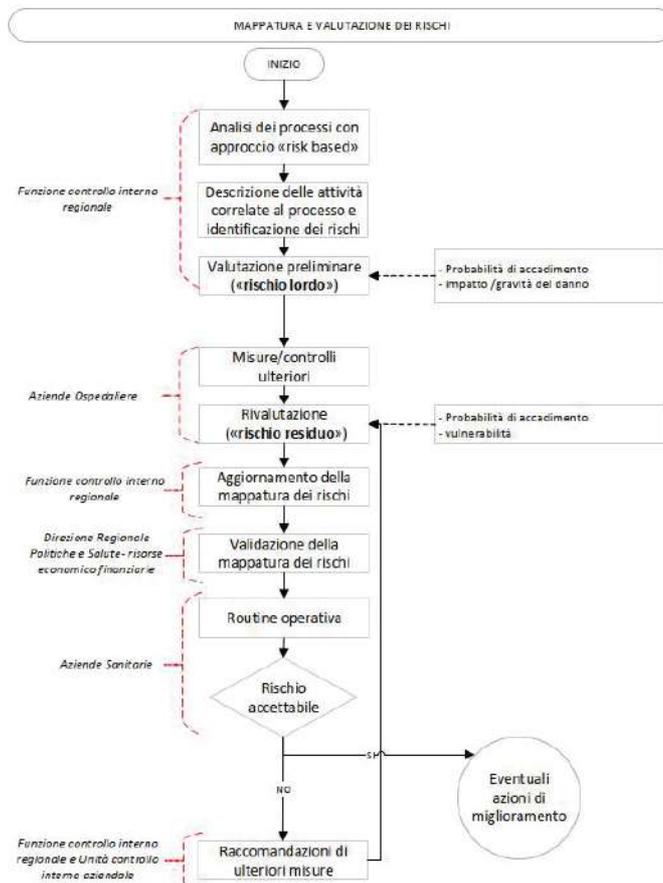
L'utilizzo di rilevazioni effettuate da parti terzi, quali ad esempio il Collegio Sindacale, Corte dei Conti o Ministero, consente al controllo interno regionale da una parte di non sovrapporre la sua attività a quella svolta da altri professionisti, evitando una duplicazione del lavoro per il personale aziendale con relative inefficienze, e dall'altra contribuisce a creare una sinergia con gli altri interlocutori al fine di raggiungere il risultato finale di conformità dei comportamenti alle procedure aziendali.

Risk Assessment (individuazione delle situazioni di rischio)

Il Risk Assessment rappresenta l'analisi preliminare utile per la stesura del programma triennale di audit e dei Piani di Audit. Le principali fasi in cui si articola il Risk Assessment sono le seguenti:

- definizione del contesto di riferimento;
- identificazione dei rischi dei processi aziendali e la loro valutazione (rischio lordo);
- valutazione delle misure e dei controlli (rischio residuo).

Il percorso da seguire nelle attività di Risk Assessment è rappresentato nel diagramma di flusso di seguito riportato.





8.2.1. DEFINIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto di riferimento comprende tutti i processi individuati dalla normativa nazionale e regionale in materia sanitaria e dalle deliberazioni regionali di definizione degli obiettivi aziendali operativi e strategici di sistema, ovvero tutti i componenti ripresi dal piano strategico dell'organizzazione: in tal modo, esso rifletterà gli obiettivi complessivi del piano aziendale.

In questa fase di attuazione dei PAC, la Regione Lazio, nell'ambito dell'attività di coordinamento, ha dato input di effettuare delle attività specifiche di sostanza e procedurali su aree contabili individuate come critiche, definendo per ciascuna di esse delle azioni minime da adattare alle specifiche aziende.

Inoltre, nel corso delle attività PAC, sono state redatte delle liste di controllo Regionali ed Aziendali, Attraverso cui vengono evidenziati punti di controllo minimi che ciascuna Azienda dovrà prevedere all'interno delle proprie procedure.

Le liste di controllo nascono dalle esigenze espresse dei PAC, ovvero di definire degli standard organizzativi, amministrativi e contabili uniformi per tutti gli Enti del SSR che contengano dei punti di controllo minimi per verificare la corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili redatte da ciascuna Azienda. Attraverso l'utilizzo di tale strumento di controllo, la funzione controllo interno regionale verifica la corretta applicazione della procedura aziendale evidenziando, laddove presente, le eventuali non conformità rispetto alla stessa.

Tali liste di controllo dovranno essere aggiornate da ciascuna Azienda ed adattate al fine di riflettere gli eventuali cambiamenti intervenuti in Azienda o in risposta alle esigenze normative regionali/nazionali e gli eventuali aggiornamenti dovranno essere comunicati alla funzione del controllo interno regionale per la sua definizione del Piano di Audit.

L'analisi dei rischi applicata a ciascun punto di controllo definisce l'ampiezza dei test di conformità, nel senso che maggiore sarà il rischio associato alla procedura e più ampio sarà il campione da selezionare tenendo sempre conto della dimensione della popolazione oggetto di campionatura.

8.2.2. IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEI PROCESSI AZIENDALI E LA LORO VALUTAZIONE

Al fine di supportare la pianificazione dell'attività di audit garantendo la copertura dei rischi, la funzione del controllo interno regionale effettua una mappatura preliminare dei rischi delle Aziende Sanitarie, identificando il livello di rischio associato ad ogni fase dei cicli di bilancio. Tale mappatura presuppone una conoscenza complessiva delle Aziende Sanitarie, dell'importanza del processo oggetto di audit, nonché dell'impatto e della probabilità di accadimento del manifestarsi del rischio.



Il controllo interno regionale per definire la mappatura dei rischi adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto, nonché si basa sui risultati emersi dai test di verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili svolti da ciascuna Azienda, come previsto dalla nota regionale prot. n. 0040391 del 26/01/2017 [...] *ciascuna Azienda deve procedere alla verifica della corretta applicazione delle procedure e ad inviare tali esiti alla Regione entro i successivi 30 giorni.*

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di **probabilità**, intesa come la frequenza del manifestarsi del rischio, e di **impatto**, inteso come livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi, con una valutazione di tipo qualitativo.

GRADO DI RISCHIO= PROBABILITA' x IMPATTO

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'	
QUASI CERTO	E' presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
MOLTO PROBABILE	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con le caratteristiche di sistematicità
POCO PROBABILE	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
ALTO	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda.
MEDIO	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione
BASSO	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda. Inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio

La valutazione complessiva del rischio in termini di probabilità e impatto viene effettuata attraverso la seguente matrice:

PROBABILITA'		IMPATTO		
		BASSO	MEDIO	ALTO
	QUASI CERTO	M	M/A	A
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	B	M/B	M

B – Basso M/B – Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

La valutazione preliminare dei rischi ad opera della funzione del controllo interno regionale si conclude con la mappatura dei rischi che viene inviata a tutte le Aziende per la successiva valutazione del rischio residuo.



8.2.3. VALUTAZIONE DELLE MISURE E DEI CONTROLLI (RISCHIO RESIDUO)

Successivamente all'individuazione dei rischi determinata dalla funzione del controllo interno regionale e rivista dall'Azienda, il controllo interno regionale procede ad individuare e analizzare i controlli e le misure da adottare, se esistenti, posti in essere da ciascuna Azienda Sanitaria e che consentono di attenuare i rischi entro livelli ritenuti accettabili, determinati da ciascuna Azienda.

La valutazione del controllo è effettuata in funzione di due aspetti:

- Efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili;
- Effettività nello svolgimento del controllo.

La valutazione delle misure è effettuata in funzione dell'adozione delle stesse per ridurre il rischio.

La valutazione dei controlli e delle misure per ciascuno dei rischi gestiti è quindi espressa come nella tabella seguente:

Valutazione del controllo e delle misure	Descrizione della valutazione
Sottodimensionato (vulnerabilità ALTA)	I controlli e le misure previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli non sono effettivamente eseguiti
Adeguito (vulnerabilità MEDIA)	I controlli e le misure previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti
Sovradimensionato (vulnerabilità BASSA)	I controlli e le misure previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo

Dopo la fase di valutazione delle misure e dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è il rischio che rimane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase precedente e di per se ritenuto accettabile. In questa fase, nella stima del rischio residuo si tiene generalmente conto dell'esistenza di controlli o azioni, ma non necessariamente della loro efficacia o continuità di applicazione.

Ciascuna Azienda provvede ad un aggiornamento, per competenza, della mappatura dei rischi, attraverso la seguente matrice, che tiene conto:

- della vulnerabilità ovvero: la presenza/assenza dei presidi di controllo e delle misure e la loro effettiva ed efficace adozione da parte dell'organizzazione,
- oltre che della probabilità di accadimento.

PROBABILITA'		VULNERABILITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA
	QUASI CERTO	M	M/A	A
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	B	M/B	M

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto



In seguito all'aggiornamento, la mappatura dei rischi dovrà esser trasmessa alla funzione del controllo interno regionale, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare. La mappatura dei rischi così completata verrà trasmessa alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria Area controllo di gestione e internal audit per la successiva validazione.

La revisione della matrice del rischio da parte dell'Azienda costituisce uno strumento per la funzione del controllo interno regionale utile anche ai fini della definizione del campione oggetto di audit.

9. IL CICLO DI AUDIT

L'attività della funzione controllo interno è pianificata mediante il piano triennale e annuale di audit.

9.1 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI AUDIT

La seconda fase delle attività del controllo interno consiste nella individuazione delle priorità, sulla base del *risk assessment*, dei processi da sottoporre ad audit nell'ambito di una programmazione.

Per le Aziende in cui risulta già implementata la funzione di controllo interno, il controllo interno regionale si occuperà di valutare le attività da essa svolte, nonché effettuare delle analisi in modo indipendente qualora lo ritenga adeguato.

9.1.1. PROGRAMMAZIONE TRIENNALE

La programmazione triennale evidenzia l'ordine delle attività di audit sulla base dei rischi prioritari, da svolgersi in ciascuno degli anni del triennio di pianificazione.

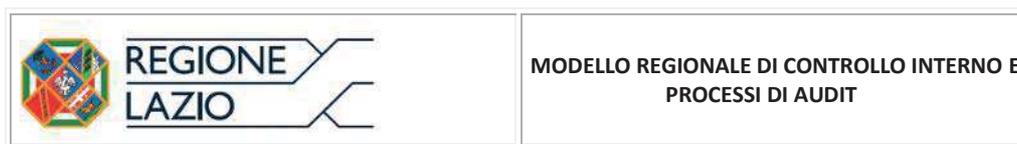
La programmazione delle attività di audit è approvata entro la fine dell'anno precedente, ed è aggiornata annualmente, sulla base degli esiti dell'attività di audit svolta nell'anno precedente e dell'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi.

9.1.2 PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Il programma annuale degli audit definisce le attività ed i processi che saranno verificati nell'anno e individua le Aziende Sanitarie e le relative Unità Operative/ Strutture interessate (o oggetto di audit).

All'interno del programma vengono specificate le seguenti informazioni per ogni audit programmato:

- l'estensione dell'audit:
 - ✓ aree /settori
 - ✓ attività /processi
 - ✓ requisiti
- personale coinvolto:
 - ✓ responsabile e/o referente interno alle Unità Operative/Strutture interessate per la fase di istruttoria e verifica sul campo;
- Responsabile del Gruppo di Audit;
- data prevista (mm/aa);
- data di esecuzione (gg/mm/aa);
- ricezione del rapporto (gg/mm/aa).



Il Programma degli audit viene predisposto dal Responsabile della funzione del controllo interno regionale con il supporto di professionisti e approvato, entro il 15 dicembre salvo il primo anno che verrà approvato congiuntamente all'emanazione del DCA, con provvedimento del Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area controllo di gestione e internal audit. Qualsiasi variazione, ad eccezione della programmazione temporale degli interventi e delle risorse, deve essere sottoposta a nuova approvazione.

Il programma viene comunicato a tutte le Aziende Sanitarie e le relative strutture interessate a cura della funzione regionale di controllo interno. Una volta approvato è lo strumento che guida, in termini di indirizzo, l'attività del controllo interno e gli interventi in esso previsti fanno riferimento all'anno solare successivo.

Periodicamente potrà essere sottoposto ad audit anche un processo per il quale la valutazione del controllo operato sullo stesso sia definita adeguata ed il conseguente rischio residuo basso o medio/basso. Ciò al fine di sottoporre a verifica la correttezza e la congruità del procedimento di applicazione della RACM sulla valutazione del rischio.

9.1.3. PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

La funzione di controllo interno regionale, dieci giorni prima della data prevista per l'esecuzione dell'audit, invia una nota alle Aziende Sanitarie e alla Unità Operativa/Struttura interessata e al Responsabile del Gruppo di Audit per ogni audit programmato.

Nella comunicazione di avvio delle attività di audit devono essere necessariamente indicati:

- obiettivi dell'attività di audit;
- durata ipotizzata del lavoro;
- nominativi del gruppo di audit assegnati all'incarico;
- per l'Unità Operativa/struttura oggetto di audit, la richiesta della nomina di un responsabile e/o referente della Unità Operativa/Struttura che fungerà da interfaccia con il gruppo di audit incaricato;

9.2 LE FASI DI UN INTERVENTO DI AUDIT

Sulla base di quanto indicato nel programma degli audit, il Responsabile del Gruppo di Audit, nella pianificazione del singolo intervento, attiva le procedure preliminari con adeguato anticipo rispetto alla data di inizio dell'intervento.

Al fine di predisporre tutte le attività propedeutiche allo svolgimento dell'intervento stesso il Responsabile del Gruppo di Audit provvede a ripartire, tra il personale facente parte del Gruppo di Audit, i compiti e le responsabilità nello svolgere le attività sotto dettagliate.

L'attività si svolge attraverso le seguenti fasi:

- analisi preliminare (9.2.1);
- pianificazione dell'intervento di audit (9.2.2);
- preparazione della lista di riscontro (9.2.3);
- svolgimento dell'attività di audit (9.2.4):
 - ✓ riunione di apertura (9.2.4.1);
 - ✓ esecuzione del lavoro sul campo (9.2.4.2);
 - ✓ preparazione del rapporto di audit (9.2.4.3);
 - ✓ riunione di chiusura (9.2.4.4);
 - ✓ comunicazione dei risultati (9.2.4.5).



9.2.1 ANALISI PRELIMINARE

Il personale del Gruppo di Audit deve conseguire una piena comprensione delle attività chiave associate a ciascun processo al fine di assicurare che tutti i rischi siano adeguatamente ed efficacemente identificati. Deve, inoltre, comprendere in che modo ciascun processo influisca sul conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica.

Nella fase di analisi dei processi, il Gruppo di Audit analizza la correttezza delle procedure e l'adeguatezza del disegno dei controlli posti a presidio dei rischi inerenti.

Il personale del Gruppo di Audit incaricato può contattare, anche in modo informale, il Responsabile dell'Unità Operativa/ Struttura oggetto di audit della singola Azienda Sanitaria per acquisire la documentazione di riferimento al fine di valutarla per la successiva esecuzione dell'audit.

L'analisi preliminare deve prevedere lo studio della normativa e delle regole di funzionamento dell'attività/procedura, dell'organizzazione e delle risorse impiegate dai responsabili dell'attività o della procedura.

In tale fase, Il personale del Gruppo di Audit, prende visione della valutazione del rischio predisposta dalla funzione regionale con il supporto di professionisti in fase di programmazione dell'intervento di audit, al fine di determinare se la rivalutazione dei rischi effettuata dall'Azienda Sanitaria sia in linea con le evidenze dell'audit.

9.2.2 PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO DI AUDIT

Il Responsabile del Gruppo di Audit pianifica le attività del singolo audit in modo dettagliato in accordo con l'Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit utilizzando, se necessario, il piano di audit.

Nella fase di pianificazione vengono dettagliati gli obiettivi e le operazioni da eseguire per singolo processo di audit.

La pianificazione è volta alla definizione di dettaglio di:

- obiettivi dell'intervento;
- ambito di copertura dell'audit ovvero: confini temporali che l'analisi deve coprire, processi e procedure da esaminare, caratteristiche del campione da sottoporre a test;
- calendario del lavoro, risorse e definizione del personale coinvolto nell'intervento.

Il *Piano di Audit* comprende:

Informazioni sul gruppo di audit	Responsabile del Gruppo di Audit, Auditor, Auditor in formazione, Osservatori Esperti di settore
Aree/processi oggetto di audit	Indicare le aree, le funzioni, i processi che devono essere oggetto di audit ed eventualmente le ragioni per cui sono stati selezionati. Se necessario, specificare le attività principali dei processi da controllare
Cronoprogramma delle attività	Indicare in modo analitico gli interlocutori e i processi da sottoporre all'audit
Dettagli della pianificazione	Indicare la pianificazione dell'intervento, dettagliando, se ritenuto appropriato, le attività principali che si intendono svolgere (es. interviste, visione di documenti, verifiche a campione, ecc...)



9.2.3 PREPARAZIONE DELLA LISTA DI RISCONTRO

Il personale assegnato al singolo intervento predisporre una lista di informazioni da richiedere (lista di riscontro), riferite all'intervento da eseguire, quali:

- procedure in essere, eventualmente la documentazione non risulti esaustiva;
- flowchart organizzativi;
- stato di attuazione delle azioni/procedure;
- liste di controllo sulle procedure aziendali;
- stato di attuazione dei controlli interni (ove previsti);
- valutazione e rivalutazione dei rischi;
- manuali o comunque documentazione inerenti ai sistemi informativi in uso;
- strumenti utilizzati per il controllo (check-list, procedure informatizzate, pianificazione, ecc);

9.2.4 SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI AUDIT

La fase di svolgimento del lavoro sul campo consiste nella conduzione dell'audit, dalla riunione di apertura fino alla comunicazione dei risultati.

9.2.4.1 RIUNIONE DI APERTURA

È la riunione con cui si inizia l'attività di audit, è condotta dal Responsabile del Gruppo di Audit.

L'obiettivo della riunione di apertura è confermare con il Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit della singola Azienda Sanitaria lo scopo e l'ambito dell'audit, nonché le metodologie, con particolare riferimento alla tecnica di campionamento, che saranno seguite nella sua conduzione e le fasi operative del lavoro sul campo.

A tale riunione partecipano:

- il Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit dell'Azienda Sanitaria oggetto di Audit;
- i collaboratori dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit individuati dal Responsabile dell'Unità/Struttura come referenti;
- il Gruppo di Audit incaricato definito dalla funzione di controllo interno regionale;
- un funzionario regionale facente parte della funzione di controllo interno regionale (opzionale)
- il Responsabile della funzione del controllo interno aziendale (se presente).

In tale incontro verranno esaminate di norma:

- i ruoli del Gruppo di Audit;
- gli aspetti logistici di conduzione dell'audit;
- le modalità di accesso a luoghi, documenti e sistemi informatici, garantendone la riservatezza;
- l'identificazione nominativa dei referenti di processo o della procedura oggetto di audit.



9.2.4.2 ESECUZIONE DEL LAVORO SUL CAMPO

È l'esecuzione vera e propria dell'audit, volta alla ricerca delle evidenze oggettive che permettano di valutare la conformità ai requisiti.

L'esecuzione del lavoro sul campo si avvale dei seguenti strumenti:

- *osservazione*: l'osservazione dell'operatività da parte dell'Auditor delle attività oggetto di audit;
- *analisi documentale*: analisi della documentazione relativa alle attività oggetto di audit;
- *interviste*: dichiarazione di fatti inerenti alle attività oggetto di audit;
- *analisi*: sulla base delle evidenze oggettive raccolte;
- *riesecuzione*: la riesecuzione puntuale del controllo effettuato dall'auditor;
- *test di adeguatezza*: si tratta di test atti a valutare la conformità e l'efficacia delle procedure adottate rispetto ai controlli formalizzati in tutte le fasi di esecuzione delle operazioni che sono soggette a audit. I test di adeguatezza sono effettuati sulla base di un campione rappresentativo selezionato con metodologia statistica oppure sulla base di criteri volti a selezionare le operazioni maggiormente esposte al rischio.

L'audit prevede che venga selezionato e analizzato un campione tra gli elementi che compongono la popolazione oggetto di indagine. Il Gruppo di Audit estende quindi l'esito del test effettuato sul campione e le proprie considerazioni sull'intera popolazione, tramite logica inferenziale.

Il Gruppo di Audit procede all'attività sul campo che trova il suo fondamento sulle evidenze oggettive riscontrate che permettano di verificare la conformità ai requisiti.

Le evidenze dell'audit sono le registrazioni, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili; solo le informazioni verificabili possono costituire evidenze dell'audit e vanno registrate.

Il Gruppo di Audit registra le evidenze sulle check-list di riferimento, che contengono le seguenti informazioni principali:

- i riferimenti ai campioni individuati;
- le evidenze raccolte;
- la conformità riscontrata e qualora non venga riscontrata il riferimento alla non conformità rilevata;
- il riferimento a eventuali raccomandazioni per il miglioramento;
- la coerenza della rivalutazione del rischio associato all'attività.

Tra le informazioni presenti nella check-list è sicuramente la più significativa quella rappresentata dalla raccolta delle evidenze oggettive.

L'esecuzione dell'audit prevede inoltre:

1. l'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo;
2. la selezione del campione;
3. l'esecuzione dell'attività di audit.



1. L'identificazione dei controlli oggetto di audit sul campo

L'oggetto principale di audit sul campo sono i cosiddetti "controlli chiave", ovvero controlli il cui mancato funzionamento potrebbe pregiudicare significativamente il raggiungimento degli obiettivi ed esporre il processo a rischi. Per identificare tali "controlli chiave" è necessario tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- numero e significatività dei rischi che vengono mitigati dal controllo;
- tipologia di controllo;
- esistenza di controlli compensativi che, in caso di fallimento del controllo in esame, potrebbero ridurre l'impatto del manifestarsi del rischio;
- probabilità che il controllo operi in modo efficace;
- eventuali cambiamenti significativi all'interno dell'ambiente di controllo per il periodo considerato.

Occorre tuttavia tener presente che:

- l'accettazione del rischio deve sempre risultare dalla documentazione dell'audit;
- il rischio può essere accettato solo da chi è effettivamente responsabile delle eventuali conseguenze.

2. La selezione del campione

Il Gruppo di Audit, una volta definiti i controlli chiave oggetto di audit, richiede all'Unità/Struttura l'universo di transazioni che costituiranno la popolazione.

La definizione del campione è lasciata alla discrezionalità del Gruppo di Audit che selezionerà l'ampiezza dello stesso anche in base alla sua esperienza. A titolo esemplificativo, per la definizione dello stesso, si rimanda alle norme UNI EN ISO, in particolare la 2859 Parte I "Procedimenti di campionamento nel collaudo per attributi. Piani di campionamento indicizzati secondo il livello di qualità accettabile (LQA)¹ per un collaudo lotto per lotto" che permette di definire il campionamento a seconda del livello di qualità accettabile stabilito, oppure alla guida interpretativa 2320-2 Campionamento di Audit definita dall'A.I.I.A.

Al fine di completare la selezione e l'identificazione del campione di analisi per l'esecuzione dei test, un altro aspetto da considerare è quello relativo alle tecniche di campionamento. Queste sono necessarie per identificare le modalità per selezionare i casi relativi al campione identificato.

La metodologia di campionamento da utilizzare può essere più o meno efficace a seconda della situazione e del contesto relativo al controllo oggetto del test. Essa può essere:

- Mirata;
- Casuale;
- A blocchi;
- Per intervalli;
- Stratificata.

La tipologia di campionamento utilizzata è prettamente un metro di giudizio: più rischiose sono le procedure da validare, più forte è il grado di precisione richiesto all'analisi. Essa include, necessariamente, una componente di

¹ Per LQA si intende il valore stabilito della percentuale non conforme che sarà accettato il più delle volte dal campionamento in uso



errore definita errore di campionamento, poiché è stata esaminata soltanto una porzione limitata della popolazione.

3. L'esecuzione dell'attività di audit

Selezionato il campione, si procede all'esecuzione vera e propria dell'audit.

L'attività di audit è volta alla ricerca delle evidenze oggettive al fine di valutare la conformità ai requisiti. Le evidenze dell'audit sono i documenti, le dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili; solo le informazioni verificabili possono costituire le evidenze dell'audit e vanno registrate.

Qualora l'Auditor verifichi il mancato soddisfacimento di un requisito formalizza una *Non Conformità* nella quale si specifica il requisito disatteso riportando l'evidenza oggettiva; nel caso in cui non vi sia un'evidenza oggettiva ma l'auditor ravvisa una potenziale area di miglioramento, può formalizzare una *Raccomandazione*.

Nel corso dell'esecuzione dell'audit le eventuali eccezioni sollevate dal responsabile o referente della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit vanno accuratamente approfondite e dettagliatamente formalizzate nella check-list e nel Rapporto di Audit. Questo consente al Responsabile del Gruppo di Audit, ai destinatari del reporting e al personale che effettuerà eventualmente un audit successivo, di comprendere il significato e l'importanza del rilievo effettuato.

I risultati dei test eseguiti vanno valutati al fine di verificare che l'evidenza esaminata sia sufficientemente ampia per giungere a conclusioni ragionevolmente corrette. L'audit sul campo può essere esteso ad altri elementi, al fine di verificare se una determinata non conformità possa essere ricondotta ad un'isolata eccezione. Le informazioni aggiuntive rilevate dagli ulteriori test potrebbero fornire un più elevato grado di certezza in merito al rilievo da riportare nel Rapporto di Audit.

Le verifiche sono svolte con l'utilizzo di apposite check-list differenziate in relazione alla tipologia di processo da esaminare.

9.2.4.3 PREPARAZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

Il Rapporto di Audit, predisposto dal Responsabile del Gruppo di Audit sul modulo aziendale "Rapporto Audit Interno" (R.A.I.), deve contenere le conclusioni sul grado di conformità di quanto si è valutato, descrivere lo scopo, l'ampiezza e i risultati dell'audit, evidenziare i rilievi, le raccomandazioni e le conclusioni formulate a seguito del lavoro e riportare l'opinione del Responsabile di Audit sull'andamento dell'audit.

Il *Rapporto di Audit Interno* comprende:

- la data, l'area oggetto dell'audit, l'oggetto e l'estensione dell'audit e i documenti di riferimento;
- la valutazione delle non conformità in termini di rilevanza; i componenti del gruppo di audit e il personale della Unità Operativa/Struttura coinvolta;
- il giudizio globale sull'esito dell'audit;
- le *Non Conformità* e le *Raccomandazioni* eventualmente riscontrate;
- il testo del rapporto nel quale vengono evidenziati anche gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti.



9.2.4.4 RIUNIONE DI CHIUSURA

La riunione con cui termina l'attività di audit è condotta dal Responsabile del Gruppo di Audit e vi partecipano gli altri eventuali auditor e il Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit della Azienda Sanitaria, il Responsabile della funzione controllo interno aziendale laddove presente.

Il Responsabile del Gruppo di Audit illustra le eventuali *Non Conformità* e *Raccomandazioni* riscontrate, fornisce ulteriori chiarimenti in merito al campionamento, esprimendo un giudizio globale sull'esito dell'Audit.

Il Responsabile dell'Unità Operativa /Struttura oggetto di audit ha il diritto di chiedere tutti i chiarimenti ritenuti necessari e opportuni ed esprimere eventuali riserve in merito alle non conformità riscontrate.

In caso di mancata condivisione delle *Non Conformità* rilevate, il punto di vista del Responsabile dell'Unità Operativa /Struttura oggetto di audit dovrà esser riportato nel rapporto di Audit.

9.2.4.5 COMUNICAZIONE DEI RISULTATI

Il Responsabile del Gruppo di Audit dopo aver condiviso periodicamente lo stato di avanzamento delle attività in cantiere trasmette il Rapporto di Audit alla Direzione Strategica dell'Azienda oggetto di Audit, al Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit dell'Azienda Sanitaria, alla funzione di controllo interno aziendale (se presente) e alla funzione del controllo interno regionale entro 10 giorni dalla data di audit.

La funzione di controllo interno regionale analizza i risultati e registra l'esecuzione dell'audit sul programma annuale.

9.3 LE AZIONI CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO

Sulla base dei Rapporti di Audit, in relazione alle *Non Conformità* rilevate dal Gruppo di Audit, il Responsabile della Unità Operativa/Struttura oggetto di audit della Azienda Sanitaria, con la collaborazione del controllo interno regionale e con la funzione del controllo interno aziendale (laddove presente), corregge la *Non Conformità* e individua le azioni correttive volte al non ripetersi della *Non Conformità* stessa sul modulo "*Azioni correttive e di Miglioramento*", e lo trasmette alla funzione del controllo interno regionale per la valutazione.

Il modulo *Azioni correttive e di Miglioramento* comprende:

- la descrizione della *Non Conformità*;
- la rilevazione e analisi delle cause;
- la proposta di intervento;
- le attività e gli obiettivi da raggiungere;
- la proposta di intervento in termini di azione di rimedio;
- il responsabile dell'esecuzione dell'azione;
- la tempistica e le responsabilità;
- la verifica dell'efficacia e il riesame.



10. I CONTROLLI PERIODICI

Il controllo interno regionale, con l'ausilio di professionisti, tiene sotto controllo tutto il ciclo degli audit effettuati attraverso il programma degli audit e l'elenco e il monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento.

L'attività della funzione del controllo interno regionale prosegue con i controlli periodici, ossia con il monitoraggio e la verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'Azione, da parte dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit.

Spetta al controllo interno regionale definire la natura, il grado di approfondimento e la tempistica dei controlli periodici, in funzione:

- della significatività dei rilievi riscontrati;
- dell'importanza delle conseguenze;
- del periodo di tempo richiesto.

10.1. MONITORAGGIO DELL'AZIONE CORRETTIVA E DI MIGLIORAMENTO

Il monitoraggio dell'azione correttiva e di miglioramento avviene sulla base delle informazioni fornite periodicamente dal Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit, secondo le scadenze previste nell'azione stessa.

In caso di azioni correttive da eseguirsi con l'adozione di nuove procedure, produzione di reportistica o aggiornamento di procedure esistenti, lo stato di attuazione dell'azione deve essere definito sulla base delle evidenze ricevute.

10.2. PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI

Se le informazioni fornite dall'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit non sono sufficienti per determinare lo stato di attuazione della azione correttiva, potrà essere necessario programmare dei controlli periodici per verificare le azioni intraprese dal Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit.

Per organizzare l'intervento di controllo occorre:

- comunicare con almeno 15 giorni lavorativi di anticipo, la data dell'incontro;
- acquisire la documentazione relativa alle azioni correttive intraprese;
- esaminare la documentazione acquisita e richiedere eventuali integrazioni.

Durante il controllo il personale del controllo interno regionale verifica con il Responsabile dell'Unità Operativa/Struttura dell'Azienda Sanitaria oggetto di audit e con il Responsabile della funzione del controllo interno aziendale (laddove presente) l'efficacia delle azioni correttive e di miglioramento. Sulla base di tale esito si valuterà se effettuare nuovamente una attività di audit.

L'esito dei controlli periodici effettuati viene registrato sul modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento".

10.3. EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI PERIODICI

Il livello di attuazione delle azioni correttive e di miglioramento, descritto sul modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento", deve essere sintetizzato in:



- a) azione attuata: sono state attuate le azioni previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace o sono state intraprese azioni anche differenti da quelle programmate che hanno tuttavia raggiunto il medesimo obiettivo;
- b) azione parzialmente attuata: le azioni previste per risolvere le cause della non conformità in modo efficace sono in corso, ma non ancora completate. Si rende pertanto necessaria l'effettuazione di un successivo intervento di controllo;
- c) azione non attuata: le azioni previste non sono state implementate.

10.4. ELENCO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI CORRETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Sulla base delle informazioni ricevute e dei risultati dei controlli periodici viene aggiornato il modulo "elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento" aggiornando lo stato di attuazione delle stesse. Il modulo è aggiornato e archiviato da parte del personale della funzione del controllo interno regionale.

10.5. ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUDIT

Nel corso degli audit che verranno svolti presso le Aziende, il Controllo Interno raccoglie solo la documentazione strettamente indispensabile e conserva, in formato cartaceo e/o elettronico, tutta la documentazione utilizzata e prodotta nel corso della propria attività assicurando la massima cura e riservatezza della stessa (es. documentazione relativa agli interventi di audit e consulenza, normativa e manualistica di riferimento, piano annuale e triennale di audit, ecc.). La documentazione dovrà essere indicizzata rispetto alle attività di audit eseguite e, se in elettronico, archiviata in cartelle condivise prontamente accessibili dagli utenti abilitati.

11. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In conformità con quanto previsto dall'art. 35 del D.Lgs. 196/03, qualora atti e documenti in formato cartaceo contengano dati personali, sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere custoditi sottochiave dagli incaricati del controllo interno, in appositi armadi, in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione. In conformità con quanto previsto dall'art. 22 del D.Lgs. 196/03, nel caso di conservazione nell'archivio informatico di dati personali, in particolare se sensibili o giudiziari, gli stessi devono essere trattati con tecniche di cifratura o mediante l'utilizzazione di codici identificativi o di altre soluzioni che, considerato il numero e la natura dei dati trattati, li rendano temporaneamente inintelligibili anche a chi è autorizzato ad accedervi e permettano di identificare gli interessati solo in caso di necessità.

In ogni caso dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservati separatamente da altri dati personali.

11.1 RELAZIONE ANNUALE DEL CONTROLLO INTERNO

Al termine di ogni annualità il Responsabile del controllo interno regionale redige una relazione sull'attività svolta, destinata al Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Controllo di gestione ed Internal audit. Questa relazione è tra l'altro propedeutica alla definizione del piano di audit dell'annualità successiva.

La relazione annuale viene presentata dal Responsabile del controllo interno regionale al Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area controllo di gestione e internal audit entro il 15 gennaio di ogni anno e fa riferimento all'anno solare precedente.



La relazione presenta i risultati dell'attività, articolandoli come segue:

- copertura del piano di audit, cioè quanto effettivamente svolto nel corso del periodo, in comparazione con quanto era stato previsto; vengono giustificate tutte le variazioni rispetto alla programmazione iniziale e definiti i tempi e le modalità di effettuazione degli interventi non svolti nell'anno;
- sintesi delle principali osservazioni, rilevate nel corso degli interventi effettuati;
- sintesi dell'attività di follow up, inerente al grado di implementazione dei piani di azione concordati nel corso dei periodi precedenti e oggetto di specifiche verifiche nel corso dell'annualità appena conclusa;
- valutazione sintetica del sistema di gestione e controllo della funzione del controllo interno regionale, sulla base dei test condotti direttamente e delle risultanze dei controlli effettuati dalle funzioni di controllo interno aziendale;
- sintesi delle altre attività extra piano, cioè quelle di eventuali audit / interventi non programmati; vengono inoltre riassunte le attività non relative al controllo svolte, quali progetti a supporto della Direzione richiesti in seguito ad osservazioni formulate da organi terzi (interventi richiesti dal Ministero della Salute, a titolo esemplificativo), ecc.;
- analisi e valutazione dell'attività di audit, che consiste in una disamina dell'operato e delle eventuali difficoltà emerse, delle possibilità di intervento per incrementare qualità ed efficacia dell'azione di audit.

12. OBBLIGO DI DENUNCIA

12.1. DENUNCIA DI DANNO ERARIALE

Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica (responsabilità erariale), la denuncia va redatta sulla base delle rilevazioni del Responsabile del Controllo Interno regionale e deve contenere tutti gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione del danno.

L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi, il Responsabile del Controllo Interno regionale informerà per iscritto la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali Area controllo di gestione e internal audit dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto alla Procura erariale, dandone informazione al Responsabile del controllo interno aziendale.

12.2. DENUNCIA PENALE

Qualora nel corso dell'attività di audit venga acquisita notizia di un reato perseguibile d'ufficio, il Responsabile del controllo Interno deve farne denuncia senza ritardo. La denuncia, redatta dal Responsabile del Controllo Interno che ha preso notizia del reato, è inviata al Pubblico ministero o ad un Ufficiale di polizia giudiziaria, con contestuale informativa per iscritto al Direttore.

Qualora gli elementi emersi, pur non integrando una notizia di reato, possano comunque ritenersi rilevanti per l'applicazione della legge penale, il Responsabile del controllo interno regionale invierà una segnalazione al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia giudiziaria.

**13. MODULISTICA**

Di seguito si riporta l'elenco della modulistica da utilizzarsi per lo svolgimento dell'attività di controllo interno regionale e per le attività di audit.

- Mappatura dei rischi (RL_MOD-MDR)
- Programma degli Audit Interni (RL_MOD-PAI)
- Piano di Audit (RL_MOD-PA)
- Rapporto di *Non Conformità* in audit (RL_MOD-RNC)
- Rapporto Audit Interno (RL_MOD-RAI)
- Azione correttiva e di miglioramento (RL_MOD-ACM)
- Elenco e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento (RL_MOD-EACM)



ALLEGATO 1- STANDARD INTERNAZIONALI

CODICE ETICO

Introduzione

Scopo del Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors è di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di Internal Auditing.

L'Internal Auditing è un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione.

Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance.

Il codice etico è uno strumento necessario e appropriato per l'esercizio dell'attività professionale di Internal Audit, che è fondata sulla fiducia indiscussa nell'obiettività dei suoi servizi di assurance riguardanti la governance, la gestione dei rischi e il controllo.

Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors si estende oltre la Definizione di Internal Auditing per includere due componenti essenziali:

- 1) I Principi, fondamentali per la professione e la pratica dell'Internal Auditing.
- 2) Le Regole di Condotta, che descrivono le norme comportamentali che gli Internal Auditors sono tenuti a osservare. Queste regole sono un aiuto per orientare l'applicazione pratica dei Principi e intendono fornire agli Internal Auditors una guida di comportamento professionale.

Il termine Internal Auditors si riferisce ai membri dell'Institute of Internal Auditors, ai detentori delle certificazioni professionali rilasciate dall'Institute, a coloro che si candidano a riceverle e a tutti coloro che svolgono attività di Internal Audit secondo la Definizione di Internal Auditing.

Applicabilità e attuazione

Il Codice Etico si applica sia ai singoli individui, sia alle strutture che forniscono servizi di Internal Auditing.

Il mancato rispetto del Codice Etico da parte dei membri dell'Institute, dei detentori delle certificazioni professionali e di coloro che si candidano a riceverle, sarà valutato e sanzionato secondo le norme previste nello Statuto e nelle "Administrative Directives" dell'Institute.

Il fatto che non siano esplicitamente menzionati nel Codice non toglie che certi comportamenti siano inaccettabili o inducano discredito e che, quindi, possano essere passibili di azione disciplinare.

Principi

L'Internal Auditor è tenuto ad applicare e sostenere i seguenti principi:

1) Integrità

L'integrità dell'Internal Auditor permette lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.



2) Obiettività

Nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti all'attività o il processo in esame, l'Internal Auditor deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale. L'Internal Auditor deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.

3) Riservatezza

L'Internal Auditor deve rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, salvo che lo impongano motivi di ordine legale o deontologico.

4) Competenza

Nell'esercizio dei propri servizi professionali, l'Internal Auditor utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze.

Regole di Condotta

1) Integrità

L'Internal Auditor:

- 1.1) Deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità.
- 1.2) Deve rispettare la legge e divulgare all'esterno solo se richiesto dalla legge e dai principi della professione.
- 1.3) Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.
- 1.4) Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e legittimi.

2) Obiettività

L'Internal Auditor:

- 2.1) Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.
- 2.2) Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione.
- 2.3) Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa fornire un quadro alterato delle attività analizzate.

3) Riservatezza

L'Internal Auditor:

- 3.1) Deve acquisire la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico;
- 3.2) Non deve usare le informazioni ottenute né per vantaggio personale, né secondo modalità che siano contrarie alla legge o di nocumento agli obiettivi etici e legittimi dell'organizzazione.



4) Competenza

L'Internal Auditor:

- 4.1) Deve effettuare solo prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.
- 4.2) Deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli Standard internazionali per la Pratica Professionale dell'Internal Auditing.
- 4.3) Deve continuamente migliorare la propria preparazione professionale nonché l'efficacia e la qualità dei propri servizi.

STANDARD INTERNAZIONALI PER LA PRATICA PROFESSIONALE DELL'INTERNAL AUDITING (STANDARD)

STANDARD DI CONNOTAZIONE

1000 – Finalità, poteri e responsabilità

Le finalità, i poteri e le responsabilità dell'attività di Internal Audit devono essere formalmente definiti in un Mandato di internal audit, coerente con la Mission dell'Internal Auditing e con gli elementi vincolanti dell'International Professional Practices Framework (i Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing, il Codice Etico, gli Standard e la Definizione di Internal Auditing). Il responsabile internal auditing deve verificare periodicamente il Mandato di Internal Audit e sottoporlo all'approvazione del senior management e del board.

Interpretazione:

Il Mandato di Internal Audit è un documento formale che definisce finalità, poteri e responsabilità dell'attività di internal audit. Il Mandato stabilisce la posizione dell'attività di Internal Audit nell'organizzazione, precisando la natura del riporto funzionale del responsabile internal auditing al board; autorizza l'accesso ai dati, alle persone e ai beni aziendali che sono necessari per lo svolgimento degli incarichi e definisce l'ambito di copertura delle attività di internal audit. L'approvazione finale del Mandato di Internal Audit è una responsabilità del board.

1000.A1 – La natura dei servizi di assurance forniti all'organizzazione deve essere definita nel Mandato di internal audit. Anche nel caso in cui i servizi di assurance siano forniti a soggetti esterni all'organizzazione, la natura di tali servizi deve essere dichiarata nel Mandato di internal audit.

1000.C1 – La natura dei servizi di consulenza deve essere definita nel Mandato di internal audit.

1010 – Riconoscimento delle guidance vincolanti nel Mandato di Internal Audit

Il carattere vincolante dei Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing, del Codice Etico, degli Standard e della Definizione di Internal Auditing deve essere specificato nel Mandato di internal audit. Il responsabile internal auditing dovrebbe discutere la Mission dell'internal auditing e gli elementi vincolanti dell'International Professional Practices Framework con il senior management e il board.

1100 – Indipendenza e obiettività

L'attività di Internal Audit deve essere indipendente e gli internal auditors devono essere obiettivi nell'esecuzione del loro lavoro.

**Interpretazione:**

Indipendenza è la libertà da condizionamenti che minaccino la capacità dell'attività di Internal Audit di adempiere alle proprie responsabilità senza pregiudizi. Per raggiungere il livello di indipendenza necessario per adempiere efficacemente alle responsabilità dell'attività di internal audit, il responsabile internal auditing ha diretto e libero accesso al senior management e al board. Ciò può essere conseguito tramite un duplice riporto organizzativo. I casi di limitazione all'indipendenza devono essere gestiti a livello di singolo auditor, di incarico, funzione e organizzazione.

Obiettività è l'attitudine mentale di imparzialità che consente agli internal auditor di svolgere gli incarichi in un modo che consenta loro di credere nella validità del lavoro svolto e nell'assenza di compromessi sulla qualità. In materia di audit, l'obiettività richiede che gli internal auditor non subordinino il loro giudizio a quello di altri. Eventuali ostacoli all'obiettività devono essere gestiti a livello di singolo auditor, di incarico, funzionale e organizzativo.

1110 – Indipendenza organizzativa

Il responsabile internal auditing deve riportare a un livello dell'organizzazione che consenta all'attività di Internal Audit il pieno adempimento delle proprie responsabilità. Il responsabile internal auditing deve confermare al board, almeno una volta l'anno, lo stato di indipendenza organizzativa dell'attività di internal audit.

Interpretazione:

L'indipendenza organizzativa si realizza con efficacia quando il responsabile internal auditing riferisce funzionalmente al board. Ad esempio, il riporto funzionale al board comporta che il board:

- approvi il Mandato di internal audit;
- approvi il piano di Internal Audit basato sulla valutazione dei rischi;
- approvi il budget e il piano delle risorse dell'attività di internal audit;
- riceva comunicazioni dal responsabile internal auditing in merito ai risultati dell'attività di Internal Audit rispetto al piano e ad altre questioni;
- approvi le decisioni relative alla nomina e alla revoca del responsabile internal auditing;
- approvi il compenso spettante al responsabile internal auditing;
- effettui opportune verifiche con il management e con il responsabile internal auditing per stabilire se sono presenti limitazioni non appropriate dell'ambito di copertura e delle risorse.

1110.A1 – L'attività di Internal Audit deve essere libera da interferenze nella definizione dell'ambito di copertura delle attività di internal auditing, nell'esecuzione del lavoro e nella comunicazione dei risultati. Il responsabile internal auditing deve comunicare eventuali interferenze al board e discuterne le implicazioni.

1111 – Interazione diretta con il board

Il responsabile internal auditing deve comunicare e interagire direttamente con il board.



1112 – Ruoli aggiuntivi del responsabile internal auditing

Laddove il responsabile internal auditing abbia, o si prevede abbia, ruoli e/o responsabilità che esulano dall'internal auditing, devono essere poste in essere opportune misure di tutela atte a limitare i condizionamenti all'indipendenza o all'obiettività.

Interpretazione:

Al responsabile internal auditing possono essere richiesti ruoli e responsabilità aggiuntivi che esulano dall'internal auditing, come ad esempio la responsabilità per attività di Compliance o Risk Management. Tali ruoli e responsabilità possono condizionare, anche solo apparentemente, l'indipendenza organizzativa dell'attività di Internal Audit o l'obiettività individuale dell'internal auditor. Le misure di tutela sono quelle attività di supervisione, spesso intraprese dal board, atte a indirizzare questi potenziali condizionamenti e possono comprendere attività come la valutazione periodica delle linee di riporto e delle responsabilità e lo sviluppo di processi alternativi per ottenere l'assurance sulle aree di responsabilità aggiuntivi.

1120 – Obiettività individuale

Gli internal auditor devono avere un atteggiamento imparziale e senza pregiudizi ed evitare qualsiasi conflitto di interessi.

Interpretazione:

Il conflitto di interessi è una situazione nella quale un internal auditor, che gode di una posizione di fiducia, si trova ad avere un interesse personale o professionale contrario agli interessi dell'organizzazione. Un simile interesse contrario rende difficile per l'internal auditor assolvere ai propri compiti con imparzialità. Un conflitto di interessi sussiste anche quando non dà luogo a comportamenti non etici o impropri. L'esistenza di un conflitto di interessi può dare l'impressione che vi siano comportamenti scorretti, con il risultato di compromettere la fiducia verso l'internal auditor, l'attività di Internal Audit e la professione. Il conflitto di interessi può pregiudicare la capacità individuale di assolvere con obiettività i propri compiti e responsabilità.

1130 – Condizionamenti dell'indipendenza o dell'obiettività

Se indipendenza od obiettività sono compromesse o appaiono tali, le circostanze dei condizionamenti devono essere rese note ad appropriati interlocutori. La natura dell'informativa dipende dal tipo di condizionamento.

Interpretazione:

Tra i fattori che possono condizionare l'indipendenza organizzativa e l'obiettività individuale si possono annoverare a titolo unicamente esemplificativo conflitti di interessi personali, limitazioni del campo di azione, restrizioni dell'accesso a dati, persone e beni e vincoli di risorse, tra cui quelle finanziarie.

L'individuazione degli interlocutori più appropriati al quale devono essere rese note le circostanze del condizionamento all'indipendenza o all'obiettività dipende dalle aspettative relative all'attività di Internal Audit e dalle responsabilità del responsabile internal auditing nei confronti del senior management e del board definite nel Mandato di internal audit, nonché dalla natura del condizionamento stesso.



SALU1130.A1 – Gli internal auditor devono astenersi dal valutare specifiche attività per le quali sono stati in precedenza responsabili. Si presume che l'obiettività sia condizionata se un internal auditor effettua un servizio di assurance per un'attività di cui è stato responsabile nell'anno precedente.

1130.A2 – Gli incarichi di assurance per funzioni che ricadono sotto la responsabilità del responsabile internal auditing devono essere supervisionati da soggetti esterni all'attività di internal audit.

1130.A3 – L'attività di Internal Audit può fornire servizi di assurance anche per quelle aree dove ha in precedenza svolto servizi di consulenza, a patto che la natura della consulenza non condizioni l'obiettività e che, nell'assegnazione delle risorse all'incarico, l'obiettività individuale sia salvaguardata.

1130.C1 – Gli internal auditor possono fornire servizi di consulenza anche per quelle attività operative delle quali siano stati precedentemente responsabili.

1130.C2 – Se gli internal auditor, a fronte di prospettati servizi di consulenza, si trovano in una situazione di potenziale condizionamento della propria indipendenza od obiettività, devono segnalarlo al cliente prima di accettare l'incarico.

1200 – Competenza e diligenza professionale

Gli incarichi devono essere effettuati con la dovuta competenza e diligenza professionale.

1210 – Competenza

Gli internal auditor devono possedere le conoscenze, capacità e altre competenze necessarie all'adempimento delle loro responsabilità individuali. L'attività di Internal Audit nel suo insieme deve possedere o dotarsi delle conoscenze, capacità e altre competenze necessarie all'esercizio delle proprie responsabilità.

Interpretazione:

Il termine competenza si riferisce complessivamente alle conoscenze, capacità e altre caratteristiche richieste agli internal auditor per adempiere efficacemente alle proprie responsabilità professionali. Questo include la valutazione della situazione attuale, dei trend e delle tematiche emergenti, allo scopo di consentire la formulazione di pareri e raccomandazioni pertinenti. Gli internal auditor sono incoraggiati a dimostrare la propria competenza conseguendo le opportune certificazioni e qualifiche professionali, come quella di "Certified Internal Auditor" e altre certificazioni rilasciate da "The Institute of Internal Auditors" e da altri organismi professionali riconosciuti.

1210.A1 – Il responsabile internal auditing deve dotarsi di opportuna assistenza e consulenza se gli internal auditor non possiedono le conoscenze, le capacità o altre competenze necessarie per lo svolgimento di tutto o di parte dell'incarico.

1210.A2 – Gli internal auditor devono possedere conoscenze sufficienti per valutare i rischi di frode e le modalità con cui l'organizzazione li gestisce; tuttavia, non è richiesto che essi abbiano le competenze proprie di chi ha come responsabilità primaria quella di individuare e investigare frodi.

1210.A3 – Gli internal auditor devono possedere una sufficiente conoscenza dei rischi e dei controlli chiave a livello di Information Technology, nonché avere a disposizione degli strumenti informatici di supporto all'audit



per svolgere gli incarichi assegnati. Tuttavia, non è richiesto che tutti gli internal auditor posseggano le competenze di chi ha come responsabilità primaria quella dell'Information Technology auditing.

1210.C1 – Il responsabile internal auditing deve rifiutare l'incarico di consulenza, oppure dotarsi di valido supporto e assistenza, nel caso in cui gli internal auditor non posseggano le conoscenze, le capacità o le altre competenze necessarie per lo svolgimento di tutto o di parte dell'incarico.

1220 – Diligenza professionale

Gli internal auditor devono applicare la diligenza e le capacità che ci si attende da un internal auditor ragionevolmente prudente e competente. Diligenza professionale non implica infallibilità.

1220.A1 – L'internal auditor deve esercitare la dovuta diligenza professionale tenendo in considerazione:

- l'ampiezza del lavoro necessario per raggiungere gli obiettivi dell'incarico;
- la complessità, importanza o significatività delle attività oggetto di assurance;
- l'adeguatezza e l'efficacia dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo;
- la probabilità della presenza di errori, frodi o di eventi di non conformità significativi;
- il costo dell'assurance in relazione ai suoi potenziali benefici.

1220.A2 – Nell'esercizio dell'opportuna diligenza professionale, gli internal auditor devono considerare l'utilizzo di strumenti informatici di supporto all'audit e di altre tecniche di analisi dei dati.

1220.A3 – Gli internal auditor devono prestare attenzione ai rischi significativi che possono incidere su obiettivi, attività o risorse. In ogni caso, le sole procedure di assurance, anche quando effettuate con la dovuta diligenza professionale, non garantiscono che tutti i rischi significativi vengano individuati.

1220.C1 – Nel corso di un incarico di consulenza, gli internal auditor devono esercitare la dovuta diligenza professionale tenendo in considerazione:

- le esigenze e le aspettative dei clienti, inclusa la natura, i tempi e la comunicazione dei risultati dell'incarico;
- la complessità e l'ampiezza del lavoro necessario per raggiungere gli obiettivi dell'incarico;
- il costo dell'incarico di consulenza in relazione ai suoi potenziali benefici.

1230 – Aggiornamento professionale continuo

Gli internal auditor devono migliorare le proprie conoscenze, capacità e altre competenze attraverso un aggiornamento professionale continuo.

1300 – Programma di assurance e miglioramento della qualità

Il responsabile internal auditing deve sviluppare e sostenere un programma di assurance e miglioramento della qualità che copra tutti gli aspetti dell'attività di internal audit.

Interpretazione:

Il programma di assurance e miglioramento della qualità è disegnato per permettere una valutazione di conformità dell'attività di Internal Audit agli Standard e per consentire di verificare se gli internal auditor



rispettano il Codice Etico. Il programma valuta inoltre l'efficienza e l'efficacia dell'attività di Internal Audit e identifica opportunità per il suo miglioramento. Il responsabile internal auditing dovrebbe incoraggiare il board a supervisionare il programma di assurance e miglioramento della qualità.

1310 – Requisiti del programma di assurance e miglioramento della qualità

Il programma di assurance e miglioramento della qualità deve includere valutazioni sia interne che esterne.

1311 – Valutazioni interne

Le valutazioni interne devono includere:

- il monitoraggio continuo della prestazione dell'attività di internal audit;
- periodiche auto-valutazioni o valutazioni condotte da altre persone interne all'organizzazione che abbiano conoscenze adeguate della pratica professionale di internal audit.

Interpretazione:

Il monitoraggio continuo costituisce parte integrante dell'attività quotidiana di supervisione, verifica e misurazione dell'attività di internal audit. Il monitoraggio continuo è incorporato nelle procedure utilizzate di norma per gestire l'attività di Internal Audit e viene svolto utilizzando processi, strumenti e informazioni considerati necessari per valutare la conformità al Codice Etico e agli Standard.

Le valutazioni periodiche sono effettuate con l'obiettivo di valutare la conformità al Codice Etico e agli Standard. L'adeguata conoscenza delle metodologie di Internal Audit presuppone perlomeno l'adeguata comprensione di tutti gli elementi dell'International Professional Practices Framework.

1312 – Valutazioni esterne

Le valutazioni esterne devono essere effettuate almeno una volta ogni cinque anni da parte di un valutatore, o di un team di valutatori, qualificato e indipendente, esterno all'organizzazione. Il responsabile internal auditing deve discutere con il board:

- la modalità e la frequenza della valutazione esterna;
- le qualifiche e l'indipendenza del valutatore o del team di valutatori esterni, inclusa l'esistenza di potenziali conflitti di interessi.

Interpretazione:

Le valutazioni esterne possono essere effettuate con una valutazione interamente esterna oppure tramite un'autovalutazione con convalida esterna indipendente. Il valutatore esterno deve esprimere le proprie conclusioni in merito alla conformità al Codice Etico e agli Standard; la valutazione esterna può altresì comprendere osservazioni operative o strategiche.

Un valutatore o un team di valutatori qualificati devono dimostrare di essere competenti in due ambiti: la pratica professionale dell'internal auditing e il processo di valutazione esterna. La competenza può essere dimostrata attraverso una combinazione di esperienza e conoscenze teoriche. L'esperienza acquisita presso organizzazioni analoghe per dimensioni, complessità, settore o comparto e specializzazione tecnica è più significativa di



un'esperienza meno specifica. Per quanto attiene ai team di valutatori, non è necessario che tutti i componenti del team posseggano tutte le competenze, in quanto è il team nel suo insieme a risultare idoneo. Nel determinare se un valutatore o un team di valutatori dimostrino competenza sufficiente per essere ritenuti idonei, il responsabile internal auditing applica il proprio giudizio professionale.

Il valutatore o il team di valutatori sono indipendenti quando non hanno alcun reale o apparente conflitto di interessi e non fanno parte né sono sotto il controllo dell'organizzazione alla quale appartiene l'attività di internal audit. Il responsabile internal auditing dovrebbe adoperarsi affinché il board supervisioni la valutazione esterna allo scopo di ridurre i conflitti di interessi percepiti o potenziali.

1320 – Comunicazione del programma di assurance e miglioramento della qualità

Il responsabile internal auditing deve comunicare i risultati del programma di assurance e miglioramento della qualità al senior management e al board. La comunicazione dovrebbe comprendere:

- l'ambito e la frequenza delle valutazioni interne ed esterne;
- le qualifiche e l'indipendenza del(i) valutatore(i) o del team di valutatori, inclusa l'esistenza di potenziali conflitti di interessi;
- le conclusioni dei valutatori;
- le azioni correttive.

Interpretazione:

La forma, il contenuto e la periodicità della comunicazione dei risultati del programma di assurance e miglioramento della qualità vengono concordati con il senior management e il board, considerando le responsabilità dell'attività di Internal Audit e del responsabile internal auditing definite nel Mandato di internal audit. Per dimostrare la conformità al Codice Etico e agli Standard, i risultati delle valutazioni periodiche esterne e interne vengono comunicati al termine del processo di valutazione, mentre i risultati del monitoraggio continuo vengono comunicati almeno una volta l'anno. I risultati includono la valutazione del valutatore o del team di valutatori sul livello di conformità.

1321 – Uso della dizione “Conforme agli Standard internazionali per la pratica professionale dell'internal auditing”

È consentito indicare che l'attività di Internal Audit risulta conforme agli Standard internazionali per la pratica professionale dell'internal auditing unicamente se i risultati del programma di assurance e miglioramento della qualità avvalorano tale affermazione.

Interpretazione:

L'attività di Internal Audit risulta conforme al Codice Etico e agli Standard quando raggiunge i risultati in essi descritti. I risultati del programma di assurance e miglioramento della qualità comprendono i risultati delle valutazioni interne ed esterne. Tutte le attività di Internal Audit devono essere oggetto di valutazioni interne. Le strutture di Internal Audit che operano da almeno cinque anni devono essere oggetto anche di valutazioni esterne.



1322 – Comunicazione di non conformità

In presenza di non conformità al Codice Etico o agli Standard che influiscano sull'ambito complessivo di copertura o sull'operatività dell'attività di internal audit, il responsabile internal auditing deve comunicare le non conformità e il relativo impatto al senior management e al board.

STANDARD DI PRESTAZIONE

2000 – Gestione dell'attività di Internal Audit

Il responsabile internal auditing deve gestire efficacemente l'attività al fine di assicurare che essa aggiunga valore all'organizzazione.

Interpretazione:

L'attività di Internal Audit è gestita efficacemente quando:

- raggiunge le finalità e le responsabilità indicate nel Mandato di internal audit;
- è conforme agli Standard;
- i suoi singoli membri rispettano il Codice Etico e gli Standard;
- tiene in considerazione i trend e le tematiche emergenti che potrebbero influire sull'organizzazione.

L'attività di Internal Audit aggiunge valore all'organizzazione e ai suoi stakeholder quando tiene in considerazione le strategie, gli obiettivi e i rischi; si adopera per fornire soluzioni per migliorare i processi di governance, di gestione del rischio e di controllo; fornisce in via oggettiva assurance rilevante.

2010 – Pianificazione

Il responsabile internal auditing deve predisporre un piano basato sulla valutazione dei rischi al fine di determinare le priorità dell'attività di Internal Audit in linea con gli obiettivi dell'organizzazione.

Interpretazione:

Per predisporre il piano risk based, il responsabile internal auditing si consulta con il senior management e il board per comprendere le strategie, i principali obiettivi di business, i rischi associati e i processi di gestione del rischio dell'organizzazione. Il responsabile internal auditing deve rivedere e adeguare opportunamente il piano, in risposta ad eventuali cambiamenti intervenuti a livello di attività, rischi, operatività, programmi, sistemi e controlli dell'organizzazione.

2010.A1 – Il piano degli incarichi dell'attività di Internal Audit deve basarsi su una documentata valutazione del rischio, effettuata almeno una volta l'anno. Tale processo deve tenere in considerazione le indicazioni del senior management e del board.

2010.A2 – Il responsabile internal auditing deve individuare e considerare le aspettative del senior management, del board e degli altri stakeholder per quanto attiene ai giudizi e alle conclusioni dell'internal audit.



2010.C1 – Il responsabile internal auditing dovrebbe decidere se accettare un incarico di consulenza sulla base delle possibilità di miglioramento della gestione dei rischi, delle possibilità di aggiungere valore e di migliorare l’operatività dell’organizzazione. Gli incarichi accettati devono essere inclusi nel piano.

2020 – Comunicazione e approvazione

Il responsabile internal auditing deve sottoporre il piano dell’attività di Internal Audit e delle risorse necessarie, incluse eventuali significative variazioni intervenute, all’esame e all’approvazione del senior management e del board. Il responsabile internal auditing deve inoltre segnalare l’impatto di un’eventuale carenza di risorse.

2030 – Gestione delle risorse

Il responsabile internal auditing deve assicurare che le risorse disponibili siano adeguate, sufficienti ed efficacemente impiegate per l’esecuzione del piano approvato.

Interpretazione:

Il termine “adeguate” è riferito all’insieme di conoscenze, capacità e altre competenze necessarie per dare esecuzione al piano. Il termine “sufficienti” è riferito alla quantità di risorse necessarie per portare a termine il piano. Le risorse sono efficacemente impiegate quando vengono utilizzate in modo da ottimizzare il raggiungimento del piano approvato.

2040 – Direttive e procedure

Il responsabile internal auditing deve definire direttive e procedure volte a guidare l’attività di internal audit.

Interpretazione:

La forma e il contenuto delle direttive e delle procedure dipendono dall’entità e dalla struttura dell’attività di internal audit, nonché dalla complessità dei suoi compiti.

2050 – Coordinamento e affidamento

Il responsabile internal auditing dovrebbe condividere le informazioni, coordinare le attività e considerare la possibilità di affidarsi all’operato di altri prestatori, esterni e interni, di servizi di assurance e consulenza, al fine di assicurare un’adeguata copertura e minimizzare le possibili duplicazioni.

Interpretazione:

Nel coordinare le attività, il responsabile internal auditing può fare affidamento sull’operato di altri prestatori di servizi di assurance e consulenza. A tal fine andrebbe definito un processo strutturato e il responsabile internal auditing dovrebbe valutare la competenza, l’obiettività e la diligenza professionale dei prestatori di servizi di assurance e consulenza. Il responsabile internal auditing dovrebbe altresì avere una visione chiara dell’ambito, degli obiettivi e dei risultati dell’operato degli altri prestatori di servizi di assurance e consulenza. Quando viene fatto affidamento sull’operato di terzi, il responsabile internal auditing ha comunque la responsabilità di garantire che le conclusioni e i giudizi formulati nell’ambito dell’attività di Internal Audit siano opportunamente supportati.



2060 – Comunicazione al senior management e al board

Il responsabile internal auditing deve periodicamente informare il senior management e il board in merito a finalità, poteri e responsabilità dell'attività d'Internal Audit nonché comunicare lo stato di avanzamento del piano e la conformità dell'attività d'Internal Audit al Codice Etico e agli Standard. Tale comunicazione deve comprendere inoltre i rischi significativi, inclusi quelli di frode, i problemi di controllo e governance e ogni altra questione che necessita di essere sottoposta all'attenzione del senior management e/o del board.

Interpretazione:

Frequenza e tipologia di contenuti delle comunicazioni sono definiti in maniera condivisa dal responsabile internal auditing, dal senior management e dal board e variano a seconda della rilevanza delle informazioni che devono essere comunicate e dall'urgenza delle azioni correlate che competono al senior management e/o al board.

I report e le comunicazioni del responsabile internal auditing al senior management e al board devono includere informazioni riferite a:

- il Mandato di internal audit;
- l'indipendenza dell'attività di internal audit;
- il piano di audit e il suo stato di avanzamento;
- i requisiti in termini di risorse;
- i risultati delle attività di audit;
- la conformità al Codice Etico e agli Standard e i piani d'azione volti a gestire eventuali non conformità significative;
- la risposta del management in merito a eventuali rischi che a giudizio del responsabile internal auditing potrebbero essere inaccettabili per l'organizzazione.

Questi e altri requisiti riferiti alle comunicazioni del responsabile internal auditing sono illustrati all'interno degli Standard.

2070 – Prestatore esterno di servizi e responsabilità organizzativa per l'internal auditing

Quando l'attività di Internal Audit è affidata a un prestatore esterno di servizi, quest'ultimo deve fare in modo che l'organizzazione sia consapevole di avere la responsabilità di mantenere un'attività di Internal Audit efficace.

Interpretazione:

Questa responsabilità si dimostra attraverso il programma di assurance e miglioramento della qualità, che valuta la conformità al Codice Etico e agli Standard.

2100 – Natura dell'attività

L'attività di Internal Audit deve valutare e contribuire al miglioramento dei processi di governance, gestione del rischio e controllo dell'organizzazione, tramite un approccio sistematico, rigoroso e risk based. La credibilità e il valore dell'internal auditing sono rafforzati quando gli auditor agiscono in maniera proattiva e le loro valutazioni offrono nuove riflessioni e tengono in considerazione gli impatti futuri.



2110 – Governance

L'attività di Internal Audit deve valutare e fornire appropriati suggerimenti volti a migliorare il processo di governance dell'organizzazione con riferimento a:

- prendere decisioni di natura strategica e operativa;
- supervisionare i processi di gestione e controllo dei rischi;
- promuovere adeguati valori e principi etici nell'organizzazione;
- garantire l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- comunicare informazioni su rischi e controlli alle opportune funzioni dell'organizzazione;
- coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni tra il board, i revisori esterni, gli internal auditor, gli altri prestatori di servizi di assurance e il management.

2110.A1 – L'attività di Internal Audit deve valutare se il processo di governance dei sistemi informativi dell'organizzazione supporta le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione stessa.

2110.A2 – L'attività di Internal Audit deve valutare l'architettura, l'attuazione e l'efficacia degli obiettivi, dei programmi e delle attività dell'organizzazione in materia di etica.

2120 – Gestione del rischio

L'attività di Internal Audit deve valutare l'efficacia e contribuire al miglioramento dei processi di gestione del rischio.

Interpretazione:

Determinare se i processi di gestione del rischio siano efficaci è un giudizio che l'internal auditor esprime in base alla propria valutazione dei seguenti aspetti:

- che gli obiettivi aziendali supportino e siano coerenti con la mission dell'organizzazione;
- che i rischi significativi siano identificati e valutati;
- che vengano individuate opportune azioni di risposta ai rischi, al fine di ricondurli entro i limiti di accettabilità dell'organizzazione;
- che le informazioni sui rischi vengano raccolte e diffuse tempestivamente all'interno dell'organizzazione, consentendo al personale, al management e al board di adempiere alle rispettive responsabilità.

L'attività di Internal Audit può raccogliere le informazioni utili ai fini di questa valutazione nel corso di molteplici incarichi. I risultati di questi incarichi, visti nel complesso, permettono di capire i processi di gestione del rischio dell'organizzazione e la loro efficacia.

I processi di gestione del rischio sono monitorati attraverso attività di gestione continua, specifiche valutazioni, o entrambi.

2120.A1 – L'attività di Internal Audit deve valutare l'esposizione ai rischi relativi alla governance, alle attività e ai sistemi informativi dell'organizzazione, in termini di:



- raggiungimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione;
- affidabilità e integrità delle informazioni finanziarie e operative;
- efficacia ed efficienza delle operazioni e dei programmi;
- salvaguardia del patrimonio;
- conformità a leggi, regolamenti, direttive, procedure e contratti.

2120.A2 – L'attività di Internal Audit deve valutare la potenziale presenza di casi di frode e le modalità con cui l'organizzazione gestisce i rischi di frode.

2120.C1 – Nello svolgimento di incarichi di consulenza, gli internal auditor devono valutare i rischi attinenti agli obiettivi dell'incarico e prestare attenzione a qualsiasi altro rischio significativo.

2120.C2 – Nella valutazione dei processi di gestione del rischio dell'organizzazione, gli internal auditor devono tenere conto delle conoscenze dei rischi acquisite in occasione di incarichi di consulenza.

2120.C3 – Quando assistono il management nella definizione o nel miglioramento dei processi di gestione del rischio, gli internal auditor devono evitare di assumere responsabilità manageriali tramite una gestione diretta dei rischi.

2130 – Controllo

L'attività di Internal Audit deve assistere l'organizzazione nel mantenere controlli efficaci attraverso la valutazione della loro efficacia ed efficienza e promuovendo il miglioramento continuo.

2130.A1 – L'attività di Internal Audit deve valutare l'adeguatezza e l'efficacia dei controlli introdotti in risposta ai rischi riguardanti la governance, le attività e i sistemi informativi dell'organizzazione, relativamente a:

- raggiungimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione;
- affidabilità e integrità delle informazioni finanziarie e operative;
- efficacia ed efficienza delle operazioni e dei programmi;
- salvaguardia del patrimonio;
- conformità a leggi, regolamenti, direttive, procedure e contratti.

2130.C1 – Nella valutazione dei processi di controllo dell'organizzazione, gli internal auditor devono tenere conto delle conoscenze in materia di controllo acquisite in occasione di incarichi di consulenza.

2200 – Pianificazione dell'incarico

Per ciascun incarico gli internal auditor devono predisporre e documentare un piano che comprenda gli obiettivi dell'incarico, l'ambito di copertura, la tempistica e l'assegnazione delle risorse. Il piano deve tenere in considerazione le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione nonché i rischi attinenti all'incarico.

2201 – Elementi della pianificazione

Nel pianificare l'incarico, gli internal auditor devono considerare:

- le strategie e gli obiettivi dell'attività oggetto di revisione e le modalità con cui l'attività controlla la propria prestazione;
- i rischi significativi per gli obiettivi, risorse e operazioni dell'attività nonché le modalità di contenimento dei rischi entro i livelli di accettabilità;



- l'adeguatezza e l'efficacia dei processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo dell'attività in riferimento a un quadro o modello di riferimento riconosciuto;
- le possibilità di apportare significativi miglioramenti ai processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo dell'attività.

2201.A1 – Nel pianificare un incarico per conto di terze parti esterne all'organizzazione, gli internal auditor devono definire con queste un accordo scritto che chiarisca obiettivi, ambito di copertura, rispettive responsabilità ed eventuali aspettative e che stabilisca restrizioni alla diffusione dei risultati dell'incarico e all'accesso alla relativa documentazione.

2201.C1 – Gli internal auditor devono concordare con i clienti di un incarico di consulenza gli obiettivi, l'ambito di copertura, le rispettive responsabilità e le altre eventuali aspettative. Per gli incarichi di maggiore rilevanza, tale accordo deve essere formalizzato in un documento scritto.

2210 – Obiettivi dell'incarico

Per ciascun incarico devono essere fissati obiettivi specifici.

2210.A1 – Gli internal auditor devono effettuare una valutazione preliminare dei rischi afferenti all'attività oggetto di revisione. Gli obiettivi dell'incarico devono rispecchiare i risultati di tale valutazione.

2210.A2 – Al momento della definizione degli obiettivi dell'incarico, gli internal auditor devono considerare il grado di probabilità che esistano errori significativi, frodi, non conformità e altre situazioni pregiudizievoli.

2210.A3 – Per valutare la governance, la gestione dei rischi e i controlli sono necessari criteri adeguati. Gli internal auditor devono accertare che il management e/o il board abbiano stabilito criteri adeguati per valutare il raggiungimento di obiettivi e traguardi. Se tali criteri sono adeguati, gli internal auditor devono utilizzarli nell'effettuare la propria valutazione. In caso contrario, gli internal auditor devono individuare dei criteri di valutazione adeguati di concerto con il management e/o il board.

Interpretazione:

Le tipologie di criteri possono comprendere:

- criteri interni (es. direttive e procedure dell'organizzazione);
- criteri esterni (es. leggi e regolamenti imposti dagli organismi competenti);
- prassi esistenti (es. linee guida di settore e professionali).

2210.C1 – Gli obiettivi degli incarichi di consulenza devono riguardare processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo, nella misura concordata con il cliente.

2210.C2 – Gli obiettivi degli incarichi di consulenza devono essere coerenti con i valori, le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione.

2220 – Ambito di copertura dell'incarico

L'ambito di copertura definito deve essere sufficiente per consentire il raggiungimento degli obiettivi dell'incarico.



2220.A1 – L’ambito di copertura dell’incarico deve includere i sistemi, i documenti, il personale e i beni patrimoniali rilevanti, compresi quelli sotto il controllo di terzi.

2220.A2 – Qualora nel corso di un incarico di consulenza emergano opportunità significative di consulenza, si dovrebbe stipulare uno specifico accordo scritto su obiettivi, ambito di copertura, rispettive responsabilità e altre aspettative e i risultati dell’incarico di consulenza dovrebbero essere comunicati secondo gli standard vigenti per gli incarichi di consulenza.

2220.C1 – Nello svolgimento di un incarico di consulenza, gli internal auditor devono assicurarsi che l’ambito di copertura dell’incarico sia sufficientemente ampio per conseguire gli obiettivi concordati. Se, nel corso dell’incarico, gli internal auditor maturano delle riserve in merito all’ambito di copertura, ne devono discutere con il cliente per decidere se sia opportuno proseguire.

2220.C2 – Nel corso degli incarichi di consulenza, gli internal auditor devono analizzare i controlli in coerenza con gli obiettivi dell’incarico ed essere attenti all’eventuale presenza di problematiche di controllo significative.

2230 – Assegnazione delle risorse per l’incarico

Gli internal auditor devono determinare le risorse adeguate e sufficienti per conseguire gli obiettivi dell’incarico in base alla valutazione della natura e complessità dello stesso, dei vincoli temporali e delle risorse a disposizione.

Interpretazione:

Il termine “adeguate” è riferito all’insieme di conoscenze, capacità e altre competenze necessarie per dare esecuzione all’incarico. Il termine “sufficienti” è riferito alla quantità di risorse necessarie per portare a termine l’incarico con la dovuta diligenza professionale.

2240 – Programma di lavoro dell’incarico

Gli internal auditor devono sviluppare e documentare programmi di lavoro che permettano di conseguire gli obiettivi dell’incarico.

2240.A1 – I programmi di lavoro devono includere le procedure per individuare, analizzare, valutare e documentare le informazioni durante lo svolgimento dell’incarico. I programmi di lavoro devono essere approvati prima della loro attuazione e ogni successiva modifica deve essere tempestivamente approvata.

2240.C1 – I programmi di lavoro per gli incarichi di consulenza possono variare nella forma e nel contenuto in funzione della natura dell’incarico.

2300 – Svolgimento dell’incarico

Gli internal auditor devono raccogliere, analizzare, valutare e documentare informazioni sufficienti al raggiungimento degli obiettivi dell’incarico.

2310 – Raccolta delle informazioni

Gli internal auditor devono raccogliere informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili per conseguire gli obiettivi dell’incarico.

**Interpretazione:**

Le informazioni sono sufficienti quando sono concrete, adeguate e convincenti, così che, in base a esse, qualunque persona prudente e informata giungerebbe alle stesse conclusioni dell'auditor. Le informazioni sono affidabili quando sono le migliori ottenibili attraverso l'uso di tecniche adeguate all'incarico. Le informazioni sono pertinenti quando sono coerenti con gli obiettivi dell'incarico e danno fondamento ai rilievi e alle raccomandazioni. Le informazioni sono utili quando aiutano l'organizzazione a raggiungere le proprie finalità.

2320 – Analisi e valutazioni

Gli internal auditor devono basare le conclusioni e i risultati dell'incarico su opportune analisi e valutazioni.

2330 – Documentazione delle informazioni

Gli internal auditor devono documentare informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili per supportare i risultati e le conclusioni dell'incarico.

2330.A1 – Il responsabile internal auditing deve controllare l'accesso alla documentazione dell'incarico. Prima di rilasciare tale documentazione a parti terze, il responsabile internal auditing deve ottenere l'approvazione del senior management e/o del consulente legale, secondo le circostanze.

2330.A2 – Il responsabile internal auditing deve definire i criteri di conservazione della documentazione dell'incarico, indipendentemente dalle modalità di archiviazione. Tali criteri devono essere conformi alle linee guida dell'organizzazione e ai requisiti normativi o di altra natura in materia.

2330.C1 – Il responsabile internal auditing deve definire le direttive concernenti la custodia e l'archiviazione della documentazione relativa agli incarichi di consulenza, nonché la sua distribuzione all'interno e all'esterno dell'organizzazione. Tali direttive devono essere conformi alle linee guida dell'organizzazione e ai requisiti normativi o di altra natura in materia.

2340 – Supervisione dell'incarico

Gli incarichi devono essere opportunamente supervisionati al fine di garantire che gli obiettivi siano raggiunti, che la qualità sia assicurata e che il personale possa crescere professionalmente.

Interpretazione:

Il grado di supervisione richiesta dipende dalla professionalità e dall'esperienza degli internal auditor e dalla complessità dell'incarico. Il responsabile internal auditing ha la responsabilità generale di supervisionare l'incarico, sia esso svolto da o per conto dell'internal audit. Il responsabile internal auditing può delegare tale supervisione a membri dell'attività di Internal Audit di provata esperienza. Evidenza dell'avvenuta supervisione deve essere documentata e conservata.

2400 – Comunicazione dei risultati

Gli internal auditor devono comunicare i risultati degli incarichi.



2410 – Modalità di comunicazione

La comunicazione deve includere gli obiettivi, l'ambito di copertura e i risultati dell'incarico.

2410.A1 – La comunicazione finale dei risultati dell'incarico deve contenere le relative conclusioni e raccomandazioni e/o piani d'azione. Laddove appropriato, dovrebbe essere fornito il giudizio dell'internal auditor. Il giudizio deve tenere in considerazione le aspettative del senior management, del board e degli altri stakeholder e deve essere avvalorato da informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili.

Interpretazione:

I giudizi espressi a livello di incarico possono consistere in valutazioni, conclusioni o altre descrizioni dei risultati. In questi casi, l'incarico può riguardare il controllo su un processo, un rischio o una business unit specifici. Per formulare questi giudizi è necessario considerare i risultati dell'incarico e la loro rilevanza.

2410.A2 – Nelle comunicazioni relative all'incarico, gli internal auditor sono incoraggiati a dare atto delle operazioni svolte in modo adeguato.

2410.A3 – In caso di invio a terze parti esterne all'organizzazione, la comunicazione dei risultati deve espressamente prevedere limiti di utilizzo e distribuzione.

2410.C1 – Le comunicazioni relative allo stato di avanzamento e ai risultati degli incarichi di consulenza possono variare, nella forma e nei contenuti, in funzione della natura dell'incarico e delle esigenze del cliente.

2420 – Qualità della comunicazione

La comunicazione deve essere accurata, obiettiva, chiara, concisa, costruttiva, completa e tempestiva.

Interpretazione:

Una comunicazione accurata non presenta errori e distorsioni ed è fedele ai fatti rilevati. Una comunicazione obiettiva è corretta, imparziale e scevra da pregiudizi ed è il risultato di una valutazione bilanciata ed equilibrata di tutti i fatti e le circostanze rilevanti. Una comunicazione chiara ha senso logico ed è facilmente comprensibile, evita l'uso di termini tecnici non necessari e fornisce tutte le informazioni significative e pertinenti. Una comunicazione concisa è essenziale, evita formulazioni non necessarie, dettagli superflui, ridondanze e prolissità. Una comunicazione costruttiva è utile al committente dell'incarico e all'organizzazione e induce miglioramenti laddove necessari. Una comunicazione completa contiene tutti gli elementi essenziali per i destinatari, nonché tutte le informazioni e le osservazioni significative atte ad avvalorare raccomandazioni e conclusioni. Una comunicazione tempestiva è puntuale e opportuna nei tempi, in funzione della significatività del problema, e consente al management di intraprendere opportune azioni correttive.

2421 – Errori e omissioni

Se la comunicazione finale contiene significativi errori od omissioni, il responsabile internal auditing deve inviare le informazioni corrette a tutti coloro che hanno ricevuto la comunicazione originale.

2430 – Uso della dizione "Effettuato in accordo con gli Standard internazionali per la pratica professionale dell'internal auditing"



Indicare che gli incarichi sono "effettuati in accordo con gli Standard internazionali per la pratica professionale dell'internal auditing" è appropriato solo se i risultati del programma di assurance e miglioramento della qualità avvalorano tale affermazione.

2431 – Comunicazione di non conformità dell'incarico

Nel caso di non conformità al Codice Etico o agli Standard che incidano su uno specifico incarico, la comunicazione dei risultati deve riportare:

- il(i) principio(i) o la(e) regola(e) di condotta del Codice Etico oppure lo(gli) Standard non completamente rispettato(i);
- la(e) motivazione(i) della non conformità;
- l'impatto della non conformità sull'incarico e sui relativi risultati comunicati.

2440 – Divulgazione dei risultati

Il responsabile internal auditing deve comunicare i risultati agli opportuni destinatari.

Interpretazione:

Il responsabile internal auditing è tenuto a verificare e approvare la comunicazione finale dei risultati dell'incarico prima dell'emissione degli stessi e a determinare la lista dei destinatari e le modalità della divulgazione. Laddove il responsabile internal auditing deleghi queste funzioni, ne rimarrà in ogni caso pienamente responsabile.

2440.A1 – Il responsabile internal auditing ha la responsabilità di comunicare i risultati finali dell'incarico a soggetti in grado di assicurarne un seguito adeguato.

2440.A2 – Se non diversamente prescritto da requisiti di legge o normativi, prima di comunicare i risultati a terze parti esterne all'organizzazione, il responsabile internal auditing deve:

- valutare i potenziali rischi per l'organizzazione;
- consultare il senior management e/o l'ufficio legale a seconda delle circostanze;
- controllare la divulgazione, disponendo limitazioni sull'utilizzo dei risultati.

2440.C1 – Il responsabile internal auditing ha la responsabilità di comunicare i risultati finali degli incarichi di consulenza ai clienti.

2440.C2 – Nel corso degli incarichi di consulenza è possibile che vengano rilevate criticità concernenti la governance, la gestione dei rischi e il controllo. Se tali criticità sono significative per l'organizzazione, esse devono essere segnalate al senior management e al board.

2450 – Giudizi complessivi

Quando si esprime un giudizio complessivo, questo deve tenere in considerazione le strategie, gli obiettivi e i rischi dell'organizzazione, nonché le aspettative del senior management, del board e degli altri stakeholder e deve essere avvalorato da informazioni sufficienti, affidabili, pertinenti e utili.

**Interpretazione:**

La comunicazione deve includere:

- l'ambito di copertura dell'incarico, compreso il periodo di tempo cui si riferisce il giudizio;
- le limitazioni all'ambito di copertura;
- considerazioni in merito a progetti correlati, indicando l'eventuale ricorso ad altri fornitori di assurance;
- una sintesi delle informazioni che supportano il giudizio;
- il modello di rischio o di controllo o gli altri criteri usati come fondamento del giudizio complessivo;
- il parere, il giudizio o la conclusione complessivi espressi.

È necessario specificare le motivazioni di un eventuale giudizio complessivo sfavorevole.

2500 – Monitoraggio delle azioni correttive

Il responsabile internal auditing deve stabilire e mantenere un sistema di monitoraggio delle azioni intraprese a seguito dei risultati segnalati al management.

2500.A1 – Il responsabile internal auditing deve impostare un processo di follow-up per monitorare e assicurare che le azioni correttive siano state effettivamente attuate dal management oppure che il senior management abbia accettato il rischio di non intraprendere alcuna azione.

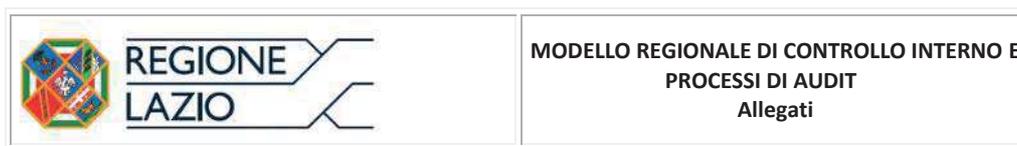
2500.C1 – L'attività di Internal Audit deve monitorare le azioni intraprese a seguito di incarichi di consulenza nella misura concordata con il cliente.

2600 – Comunicazione dell'accettazione del rischio

Qualora il responsabile internal auditing concluda che il management abbia accettato un livello di rischio che potrebbe essere inaccettabile per l'organizzazione, ne deve discutere con il senior management. Se il responsabile internal auditing ritiene che la problematica non sia stata risolta, deve segnalarlo al board.

Interpretazione:

È possibile identificare il rischio accettato dal management attraverso un incarico di assurance o di consulenza, attraverso il monitoraggio dello stato di implementazione delle azioni intraprese dal management in risposta a incarichi precedenti, oppure in altri modi. Il responsabile internal auditing non è responsabile per la gestione del rischio.



GLOSSARIO

Adeguato controllo: Un controllo è adeguato se viene pianificato e organizzato (progettato) dal management in modo da dare ragionevole sicurezza che i rischi dell'organizzazione sono stati gestiti efficacemente e che le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione saranno raggiunti in modo efficiente ed economico.

Ambiente di controllo: Atteggiamento e azioni del board e del management rispetto all'importanza del controllo all'interno dell'organizzazione. L'ambiente di controllo fornisce la disciplina e l'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi primari del sistema di controllo interno. Gli elementi costitutivi dell'ambiente di controllo sono i seguenti:

- integrità e valori etici;
- filosofia e stile operativo del management;
- struttura organizzativa;
- attribuzione di poteri e responsabilità;
- politiche e prassi di gestione del personale;
- competenza del personale.

Attività di internal audit: Reparto, divisione, team di consulenti o altri professionisti che forniscono servizi indipendenti e obiettivi di assurance e di consulenza, concepiti per aggiungere valore e migliorare l'operatività di un'organizzazione. L'attività di Internal Audit assiste un'organizzazione nel perseguimento dei suoi obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare l'efficacia dei processi di governance, di gestione dei rischi e di controllo.

Board: Il massimo organo di governo (per esempio consiglio di amministrazione, consiglio di sorveglianza, consiglio dei governatori o dei trustee) che ha la responsabilità di indirizzare e/o di supervisionare le attività dell'organizzazione e di chiederne conto al senior management. Sebbene le regole di governance possano variare tra le diverse giurisdizioni e i vari settori, generalmente il board comprende membri che non fanno parte del management. Laddove non esista un board, il termine "board" negli Standard fa riferimento ad un gruppo di soggetti o alla persona incaricata della governance dell'organizzazione. Inoltre, il termine "board" negli Standard può riferirsi a un comitato o altro organo al quale l'organo di governo ha delegato determinate funzioni (ad esempio, un comitato di audit, un comitato controllo e rischi...)

Codice Etico (o Codice Deontologico): Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors (IIA) è composto dai Principi fondamentali per la professione e la pratica dell'internal auditing e dalle Regole di condotta che descrivono le norme comportamentali che gli auditor sono tenuti a osservare. Il Codice Etico si applica sia ai singoli individui sia agli enti che forniscono servizi di internal audit. Scopo del Codice Etico è quello di promuovere una cultura etica in tutti gli ambiti della professione di internal auditor.

Conflitto di interessi: Qualsiasi relazione che sia o appaia essere contraria agli interessi dell'organizzazione. Il conflitto di interessi pregiudica la capacità di un individuo di adempiere ai propri obblighi e alle proprie responsabilità in maniera obiettiva.

Conformità: Aderenza a direttive, piani, procedure, leggi, regolamenti, contratti o altri requisiti.



Controllo: Qualsiasi azione intrapresa dal management, dal board o da altri soggetti per gestire i rischi e aumentare le possibilità di conseguimento degli obiettivi e dei traguardi stabiliti. Il management pianifica, organizza e dirige l'esecuzione di iniziative in grado di fornire una ragionevole sicurezza sul raggiungimento di obiettivi e traguardi.

Condizionamenti: Condizionamenti all'indipendenza organizzativa e all'obiettività individuale possono comprendere conflitti di interesse personali, limitazioni del campo di azione, restrizioni dell'accesso a dati, persone e beni aziendali e vincoli sulle risorse (come quelle finanziarie).

Controlli IT (Information Technology): Controlli che supportano la gestione del business e la governance prevedendo controlli generali e specifici sulle infrastrutture informatiche quali sistemi applicativi, informazioni, infrastrutture e persone.

Deve (devono): Gli Standard utilizzano la dizione "deve (devono)" per indicare un requisito vincolante.

Dovrebbe (dovrebbero): Gli Standard utilizzano la dizione "dovrebbe (dovrebbero)" per indicare un requisito al quale si presuppone la conformità a meno di circostanze che, sottoposte a un giudizio professionale, ne giustificano l'inosservanza.

Frode: Qualsiasi atto illegale caratterizzato da falsità, dissimulazione o abuso di fiducia. Tali atti non sono legati a minacce di ricorso alla violenza o alla forza fisica. Le frodi sono perpetrate da persone e organizzazioni per ottenere denaro, beni o servizi, per evitare il pagamento o la perdita di servizi o per procurarsi vantaggi personali o commerciali.

Gestione del rischio: Processo teso a identificare, valutare, gestire e controllare possibili eventi o situazioni negativi, al fine di fornire una ragionevole assicurazione in merito al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Governance: Insieme dei procedimenti e delle strutture messi in atto dal board per informare, indirizzare, gestire e controllare le attività dell'organizzazione nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

Governance dei sistemi informativi: Consiste nella guida, nelle strutture organizzative e nei processi finalizzati ad assicurare che la tecnologia informatica dell'impresa (IT) supporti le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione.

Giudizio complessivo: Valutazione, conclusione e/o altra descrizione dei risultati presentata dal responsabile internal auditing che verte, in termini generali, sui processi di governance, di gestione dei rischi e/o di controllo dell'organizzazione. Per giudizio complessivo si intende il giudizio professionale del responsabile internal auditing, basato sui risultati di una serie di incarichi individuali e di altre attività per un determinato periodo di tempo.

Giudizio dell'incarico: Valutazione, conclusione e/o altra descrizione dei risultati di un singolo incarico di internal audit, riferita agli aspetti che rientrano negli obiettivi e nell'ambito di copertura dell'incarico.

Indipendenza: Libertà dai condizionamenti che minacciano la capacità dell'attività di Internal Audit di assolvere alle responsabilità di Internal Audit senza pregiudizi.



Incarico: La specifica assegnazione di un audit, compito o attività di verifica, siano essi un incarico di internal audit, un'autovalutazione dei controlli, un'investigazione per frode o una consulenza. Un incarico può includere più compiti o attività, concepiti per raggiungere un insieme specifico di obiettivi interrelati.

International Professional Practices Framework (IPPF): Schema concettuale che organizza l'insieme delle disposizioni normative (authoritative guidance) emanate dall'IIA (The Institute of Internal Auditors) che si suddividono in due categorie: (1) guidance vincolanti e (2) guidance raccomandate.

Livello di accettazione del rischio: Il livello di rischio che un'organizzazione è disposta a sostenere.

Mandato: Il Mandato di Internal Audit è un documento formale che definisce finalità, poteri e responsabilità dell'attività di internal audit. Il Mandato di Internal Audit stabilisce la posizione dell'attività di Internal Audit nell'organizzazione, autorizza l'accesso ai dati, al personale e ai beni aziendali necessari per lo svolgimento degli incarichi e definisce l'ambito di copertura delle attività di internal audit.

Obiettivi dell'incarico: Enunciazioni di carattere generale sviluppate dagli internal auditor che definiscono gli obiettivi attesi dell'incarico.

Obiettività: L'attitudine mentale di imparzialità che consente agli internal auditor di svolgere gli incarichi in un modo che consenta loro di credere nella validità del lavoro svolto e nell'assenza di compromessi sulla qualità. In materia di audit, l'obiettività richiede che gli internal auditor non subordinino il loro giudizio a quello di altri.

Prestatore esterno di servizi: Persona o società esterna all'organizzazione, munita di particolari conoscenze, competenze ed esperienze in una disciplina specifica.

Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing: I Principi fondamentali per la pratica professionale dell'internal auditing sono il fondamento dell'International Professional Practices Framework e supportano l'efficacia dell'internal audit.

Processi di controllo: Le politiche, le procedure (manuali e automatizzate) e le attività che fanno parte di un modello di controllo, progettato e gestito per assicurare che i rischi siano contenuti entro il livello che l'organizzazione è disposta a sostenere.

Programma di lavoro dell'incarico: Documento che precisa le procedure da seguire durante un incarico, elaborato per attuare quanto indicato dal piano dell'incarico stesso.

Responsabile internal auditing (CAE - Chief Audit Executive): Il responsabile internal auditing è la persona con ruolo direttivo che ha la responsabilità di gestire in modo efficace l'attività di internal audit, in conformità al Mandato di Internal Audit e agli elementi vincolanti dell'International Professional Practices Framework. Il responsabile internal auditing o i collaboratori che riportano al responsabile internal auditing sono in possesso delle opportune qualifiche e certificazioni professionali. La designazione specifica della posizione (Job Title) e/o le responsabilità specifiche del responsabile internal auditing possono variare nelle diverse organizzazioni.

Rischio: Possibilità che si verifichi un evento che può influire sul raggiungimento degli obiettivi. Il rischio si misura in termini di impatto e di probabilità.



Servizi di assurance: Consistono in un esame obiettivo delle evidenze allo scopo di ottenere una valutazione indipendente dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo dell'organizzazione. Tra gli esempi si possono citare incarichi di tipo finanziario, di tipo operativo, di conformità, di sicurezza informatica e di due diligence.

Servizi di consulenza: Servizi di supporto e assistenza al cliente, la cui natura ed estensione vengono concordate con il cliente, tesi a fornire valore aggiunto e a migliorare i processi di governance, gestione del rischio e controllo di un'organizzazione, senza che l'internal auditor assuma responsabilità manageriali a riguardo. Tra i possibili esempi figurano consulenza, assistenza specialistica, facilitazione e formazione.

Significatività: Importanza relativa di un fatto, nel contesto nel quale è considerato. Include elementi quantitativi e qualitativi quali la grandezza, la natura, le conseguenze, la rilevanza e l'impatto. Agli internal auditor è richiesto un giudizio professionale quando valutano la significatività dei fatti nel contesto degli obiettivi specifici.

Standard: Enunciato professionale emanato dall'International Internal Audit Standards Board che definisce i requisiti per lo svolgimento di una vasta gamma di attività di Internal Audit e per la valutazione delle prestazioni dell'internal audit.

Strumenti informatici di supporto all'audit: Strumenti di audit automatizzati, quali software generici di audit, generatori di dati di test, programmi informatici di audit e computer-assisted audit techniques (CAAT).

Valore aggiunto: L'attività di Internal Audit aggiunge valore all'organizzazione (e ai suoi stakeholder) quando fornisce un'assurance obiettiva e pertinente e quando contribuisce all'efficacia e all'efficienza dei processi di governance, di gestione del rischio e di controllo.

DELIBERAZIONE

N° 447 del 28/03/2025

Struttura proponente UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Proposta n. 522 (Digitale) del 27/03/2025
Oggetto: Adozione del MANUALE DI CONTROLLO INTERNO E PROCESSI DI AUDIT ai sensi della DGR 938 del 15 novembre 2024	
A CURA DELLA STRUTTURA PROPONENTE <i>Il Direttore, a seguito dell'istruttoria effettuata, con la sottoscrizione del presente atto, <u>ATTESTA CHE</u>, come meglio riportato nel preambolo e nel dispositivo deliberativo:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>L'atto è legittimo e utile per il pubblico servizio;</i>• <i>Il presente atto non comporta oneri/non genera proventi imputabili al bilancio</i>	
L'estensore Stefano Piccari	Data 27/03/2025
Responsabile del Procedimento: Stefano Piccari	Data 27/03/2025
Il Direttore Stefano Piccari	Data 27/03/2025
A CURA DEL DIRETTORE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE <i>Il Direttore, con la sottoscrizione del presente atto:</i> <u>CONFERMA</u> che gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio.	
Il Direttore (Delegato) Di Pasquale Alessandro	Data 28/03/2025
Parere Direttore Amministrativo <i>Favorevole</i> Stefano Piccari 28/03/2025	Parere Direttore Sanitario <i>Favorevole</i> Andrea Magrini 28/03/2025
Il Commissario Straordinario	<i>Firmato Isabella Mastrobuono</i>
<i>La presente deliberazione si compone di n. 20 pagine, di cui n. 16 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale</i>	

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO CHE con deliberazione di Giunta regionale n. 90 del 20 febbraio 2024 è stato disposto il commissariamento dell'AOU Policlinico Tor Vergata, secondo la procedura prevista dall'art. 2 del D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.;

DATO ATTO CHE:

- il Presidente della Regione Lazio, con proprio Decreto n. T00089 del 15 maggio 2024, ha disposto «*di nominare Commissario straordinario dell'AOU Policlinico Tor Vergata la Dott.ssa Isabella Mastrobuono, con effetto immediato fino alla nomina del nuovo Direttore Generale, secondo la procedura prevista dall'art. 2 D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.*»;
- il Consiglio di Amministrazione della Fondazione PTV, con propria deliberazione assunta in data 16/05/2024, ha nominato *ai sensi dell'art. 18 dello Statuto della Fondazione PTV, la dott.ssa Isabella Mastrobuono Commissario straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, a decorrere dal 16 maggio 2024, per tutta la durata del commissariamento dell'AOU PTV fino alla nomina del nuovo Direttore generale*», dando atto che la stessa «*dott.ssa Isabella Mastrobuono svolgerà, in forza del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00089 del 15 maggio 2024, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata*»;

VISTO:

- il decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 17 settembre 2012, recante "Disposizioni in materia di Certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario nazionale";
- in particolare, l'articolo 3, comma 5 del menzionato Decreto Ministeriale 17 settembre 2012 che prevede che, con apposito Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i requisiti comuni dei Percorsi Attuativi della Certificabilità e il termine massimo entro il quale tutti i citati Percorsi Attuativi dovranno essere completamente realizzati;
- il decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 1 marzo 2013, recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" che – al fine di consentire alle regioni e alle province autonome di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 3 del decreto del 17 settembre 2012 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze – ha definito: "I Percorsi Attuativi della Certificabilità. Requisiti comuni a tutte le regioni", nonché i "Contenuti della Relazione periodica di accompagnamento al PAC da predisporre da parte della regione";
- il DCA U00292/2013 con il quale sono stati adottati il Piano Attuativo della Certificabilità, nonché la relazione di accompagnamento al Piano ed è stato nominato il Direttore della direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, quale soggetto responsabile del coordinamento dei PAC;
- il DCA U00059 del 12 febbraio 2015 con il quale la Regione Lazio ha aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC);
- il DCA n. U00311/2016, con il quale è stato aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, avviando inoltre il progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC);
- il DCA n. U00052/2017, con il quale è stato adottato il Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale",

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

stabilendo all'obiettivo 2.3 il completamento della contabilità analitica intrapreso con la DGR n.203/2005;

- il DCA n. U00069/2018, con il quale è stato aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, è stata istituita la funzione di internal audit regionale ed è stato adottato il documento “Modello regionale di controllo interno e processi di audit”;
- il DCA n. U00297/2019, ad oggetto “Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, modificato ed integrato con DCA 69/2018 e 402/2018 – Rimodulazione delle azioni sottostanti gli obiettivi previsti dai PAC Aziendali. Corretta determinazione del fondo di dotazione”;
- il DCA n. U00405/2019, ad oggetto “Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n. 311/2016, modificato ed integrato con DCA 69/2018, 402/2018 e 297/2019 – Nomina di un Soggetto attuatore per la tempestiva esecuzione, entro il 31 dicembre 2020, delle attività previste dai PAC”;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42” e successive modifiche;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la DGR n. 938 del 15 novembre 2024 ad oggetto “Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo “Modello regionale di controllo interno e Processi di audit”.

VISTA ANCORA la nota prot. U1443941.22-11-2024 ad oggetto “Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo “Modello regionale di controllo interno e Processi di audit” con la quale vengono indicate alle Direzioni Aziendali le scadenze per attività declinate nella DGR n. 938/2024 ed in particolare:

- Adozione con apposita Deliberazione Aziendale di un proprio specifico piano di attività della Certificabilità, che sviluppi e dettagli sulla base delle specificità aziendali e dei rischi identificati, le puntuali azioni da porre in essere con annesse scadenze per il completamento, entro e non oltre il 20 dicembre p.v., contenente tra le altre informazioni richieste anche la nomina del Referente Aziendale PAC;
- Adozione di un modello aziendale di Internal Audit e del Responsabile della funzione entro e non oltre il 31 marzo 2025;

RITENUTO pertanto opportuno provvedere alla adozione del richiesto **MANUALE DI CONTROLLO INTERNO E PROCESSI DI AUDIT**;

RITENUTO ANCORA di rimandare ad un successivo provvedimento l'individuazione del Responsabile della funzione di Internal Audit;

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

ACQUISITA, da parte del responsabile della struttura proponente, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili, così come confermato dal Direttore della UOC Risorse economiche e finanziarie in sede di parere riportato in frontespizio

PRESO ATTO che il Dirigente/Responsabile proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

VISTO il parere del Direttore Sanitario f.f. e del Direttore Amministrativo f.f. in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- 1) di adottare il **MANUALE DI CONTROLLO INTERNO E PROCESSI DI AUDIT** previsto dalla DGR n. 938 del 15 novembre 2024 ad oggetto "Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo "Modello regionale di controllo interno e Processi di audit", (Allegato 1 al presente provvedimento);
- 2) del Responsabile della funzione di Internal Audit ad un successivo provvedimento;

La presente deliberazione è composta di n. 2 allegati così formati:

- allegato n. 1: **MANUALE DI CONTROLLO INTERNO E PROCESSI DI AUDIT**.

La presente deliberazione è posta in pubblicazione all'Albo pretorio *online* sul sito *web* istituzionale aziendale www.ptvonline.it per quindici giorni consecutivi e contestualmente resa disponibile al Collegio dei Revisori.

Il Commissario Straordinario
ISABELLA MASTROBUONO

MANUALE DI CONTROLLO INTERNO E PROCESSI DI AUDIT

Sommario

1. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO E DESTINATARI.....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DI INDIRIZZO	3
3. LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	5
4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA	6
5. PRINCIPI ETICI E REGOLE DI CONDOTTA	7
6. COMPITI E RESPONSABILITÀ.....	7
7. METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI	10
8. IL CICLO DI INTERNAL AUDITING	12
9. ARCHIVIAZIONE ED EVENTUALE DENUNCIA ERARIALE	15
10. INTERAZIONE CON LA FUNZIONE DI AUDIT REGIONALE	15
11. ALLEGATI	16

1. Obiettivo del documento e destinatari

Il presente Manuale di Controllo Interno e Processi di Audit (di seguito anche il "Manuale") descrive i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro della Funzione Internal Audit del Policlinico Tor Vergata (di seguito anche "Ente") e ha l'obiettivo di fornire una guida pratica e un riferimento metodologico per lo svolgimento delle attività di audit interno. I destinatari del presente Manuale sono la Funzione di Internal Audit, le Direzioni Aziendali, le Unità Organizzative e le Strutture del Policlinico Tor Vergata che possono essere oggetto di interventi di Audit.

Gli scopi principali che si intendono perseguire attraverso il Manuale sono i seguenti:

- definire la metodologia per assistere le Direzioni nell'identificazione, mitigazione e monitoraggio dei rischi e dei relativi controlli;
- armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative nonché gli output dell'attività di Auditing;
- definire le fasi e le tempistiche del processo di audit;
- definire gli ambiti di collaborazione tra la Funzione Internal Audit e gli enti, le Direzioni Aziendali e le Unità Organizzative del Policlinico Tor Vergata.

Il Manuale tiene conto delle normative, dei regolamenti e delle procedure interne vigenti nell'Ente, garantendo un allineamento tra le migliori pratiche nazionali e internazionali e il contesto specifico dell'organizzazione. Il contenuto del Manuale e dei suoi allegati potrà essere soggetto a revisioni nel caso di mutamento del contesto organizzativo e sulla base dei risultati annuali dell'attività di auditing. Le revisioni del Manuale dovranno essere approvate seguendo l'iter procedurale previsto per l'approvazione del Manuale stesso.

2. Riferimenti Normativi e di indirizzo

- L.241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- L.20/1994 "Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti" e ss.mm.ii;
- L.59/1997 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa";
- D.lgs. 286/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art.11 della L.15 marzo 1997, n.59" e ss.mm.ii;
- 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";
- D.lgs.165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- L. 262/2005 "Legge sulla tutela del Risparmio e Corporate Governance" artt.14-15-30, la quale prevede che il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili societari, nell'adempimento dei nuovi compiti e responsabilità, necessita del contributo degli attori aziendali preposti al presidio del sistema di controllo interno.
- D.lgs.150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni";
- D.lgs.123/2011 "Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196";
- DM 1 marzo 2013 "Definizione dei percorsi attuativi della Certificabilità";
- D.L.90/2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"; convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114;
- DPR 150/2016 "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni";
- DCA 11 ottobre 2016, n.000311, con il quale la Regione Lazio ha aggiornato il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, avviando inoltre il progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC);

- DCA 13 marzo 2018, n.00069 “Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), approvato con DCA n.311/2016, e istituzione della funzione di Internal Audit regionale”;
- DCA 14 novembre 2019 n. 00469 per l’adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021"
- DCA 20 gennaio 2020 n. 00018 “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”
- Modello Regionale di Controllo Interno e Processi di Audit e relativi allegati;
- Delibera 28 febbraio 2022, n. 16 (Disciplinare sul sistema dei controlli interni del Consiglio regionale del Lazio. Modifiche al Regolamento di organizzazione)
- Dgr n. 938 del 15/11/2024 “Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità e prosecuzione dell’Attività Straordinaria di revisione degli Stati Patrimoniali”
- UNI EN ISO 19011:2018 “Linee guida per audit di sistemi di gestione”
- Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano;
- Principi internazionali di revisione: ISA/ISAE/ISRE (International Standards on Auditing/Internationally Standards on Attestation Engagements/International Standard On Review Engagements);
- Indirizzi, direttive e linee guida della Corte dei conti con riferimento alla tematica dell’audit interno;
- Global Internal Audit Standards pubblicati il 9 gennaio 2024 da The Institute of Internal Auditors, Inc. (“IIA”), efficaci dal 9 gennaio 2025.

Il presente Manuale si ispira ai Global Internal Audit Standards¹ (di seguito anche "GIAS"), pubblicati dall'Institute of Internal Auditors (IIA) nel gennaio 2024 ed entrati in vigore il 9 gennaio 2025. Con l’aggiornamento dei nuovi standard, l’Istituto ha inteso rafforzare il ruolo strategico dell’Internal Audit, evidenziando l’importanza di un approccio proattivo nella valutazione del governo aziendale, della gestione del rischio e dell’efficacia dei controlli interni. Particolare attenzione è dedicata alla prevenzione e alla rilevazione delle frodi, sottolineando il contributo dell’Internal Audit nella protezione dell’integrità e della trasparenza dei processi aziendali.

Sebbene i GIAS si applichino a tutte le funzioni di Internal Audit, nel settore pubblico il loro impiego deve considerare specificità legate alle strutture di governance, organizzative, ai vincoli normativi e ai modelli di finanziamento. Infatti, gli Internal Auditor del settore pubblico operano in un ambiente caratterizzato da regolamenti, obblighi di trasparenza e accountability nei confronti di molteplici stakeholder, inclusi cittadini e organi di controllo istituzionali. Tale ruolo assume un’unicità nel settore pubblico, dove la capacità di servire l’interesse collettivo costituisce una caratteristica centrale e distintiva della funzione Internal Audit, in considerazione delle finalità proprie di tale contesto, a differenza del settore privato, dove questa attitudine può avere un peso più marginale. Le funzioni di Internal Audit nel settore pubblico sono pertanto chiamate a:

- Garantire la conformità a leggi e regolamenti di riferimento;
- Valutare l’efficacia e l’economicità dei processi e dei programmi dell’amministrazione pubblica;
- Monitorare l’adeguata gestione e salvaguardia delle risorse pubbliche;
- Verificare che le attività dell’Ente siano allineate agli obiettivi strategici e istituzionali.

L’applicazione degli standard nel settore pubblico deve inoltre tener conto delle specificità normative e dei vincoli giuridici che regolano il mandato dell’Internal Audit, la trasparenza dei risultati e le modalità di interazione con gli organi di governance. Tali aspetti possono influenzare l’attività della funzione e richiedere un adattamento delle metodologie di audit per garantire il rispetto delle disposizioni locali. Infine, il codice etico dell’associazione professionale enuncia i principi di integrità, obiettività, riservatezza e competenza che caratterizzano l’esercizio della funzione di Audit Interno fornendo altresì le regole di condotta.

¹ I Global Internal Audit Standards guidano la professione di Internal Audit a livello mondiale e rappresentano la base per valutare e migliorare la qualità della funzione Internal Audit. Gli Standard includono i contenuti degli International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing del 2017 e diversi elementi dell’International Professional Practices Framework® (IPPF®). Gli Standard si applicano a tutte le organizzazioni, indipendentemente dal settore di appartenenza, dalle dimensioni, dalla complessità o dalla struttura. Il Public Sector Committee della European Confederation of Institutes of Internal Auditing (ECIIA) supporta la missione dell’ECIIA nell’implementazione e nella promozione dei Global Internal Audit Standards nel settore pubblico, fornendo supporto alle funzioni Internal Audit per la loro applicazione.

3. La Funzione di Internal Audit

L'*Internal Auditing*, secondo la definizione fornita dall'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.), è "un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance". L'attività è esercitata nel rispetto del Codice Etico, dei Principi e delle Regole di condotta (Integrità, Obiettività, Riservatezza, Competenza) cui gli *auditor* devono conformarsi.

Gli obiettivi strategici della Funzione di Internal Audit consistono nel:

- coadiuvare la Direzione Aziendale e le strutture organizzative aziendali nella valutazione, nello sviluppo e nel miglioramento del sistema di controllo interno, attraverso la mappatura dei processi, l'identificazione dei rischi, le relative misure di contenimento,
- verificare il corretto funzionamento del sistema di controllo interno, volto a migliorare l'efficacia/efficienza dell'attività di controllo, razionalizzandola in funzione dei rischi;
- individuare le criticità relative ai processi aziendali.

La Funzione di Internal Audit svolge attività di verifica indipendente con l'obiettivo di esaminare e valutare i processi aziendali, fornendo supporto sia alla Direzione Aziendale, per garantire un costante miglioramento in termini di efficacia ed efficienza della gestione, sia a tutti i componenti dell'organizzazione, per assicurare il corretto assolvimento delle rispettive responsabilità. In questo senso, ricopre anche un ruolo consultivo e propositivo, volto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali. La Funzione assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio professionale e sistematico, generando valore aggiunto grazie alla valutazione e al miglioramento dei processi di gestione dei rischi, dei controlli e della governance. Inoltre, l'Internal Audit coadiuva la Direzione Aziendale nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di controllo interno aziendale, supportando l'implementazione di eventuali azioni correttive utili a mitigare i rischi connessi ai diversi processi e attività dell'organizzazione. Ne consegue che la Funzione di Internal Audit non riveste un ruolo ispettivo, bensì consultivo e propositivo, con la finalità di promuovere il miglioramento continuo del sistema complessivo di gestione dei rischi e di controllo interno.

La Funzione di Internal Audit, in quanto funzione indipendente, svolge un controllo di terzo livello, focalizzandosi sulle attività di verifica (anche definite come controlli di secondo livello) poste in essere da altre funzioni aziendali; inoltre, ha il compito di supervisionare i controlli di primo livello attuati dai referenti responsabili dei vari processi aziendali, ad ogni livello di operatività dell'Azienda.

Livello dei Controlli	Descrizione
Controlli di Primo Livello	Verifiche continue e sistematiche, svolte sia da chi mette in atto una determinata attività, sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione diretta, generalmente nell'ambito della stessa unità organizzativa o funzione.
Controlli di Secondo Livello	Verifiche di controllo periodiche effettuate da servizi preposti a individuare, valutare, gestire i rischi legati all'operatività, in coerenza rispetto agli obiettivi aziendali e secondo criteri che consentano un efficace monitoraggio.
Controlli di Terzo Livello	Attività che deve fornire una generale assurance sul corretto funzionamento dei primi due livelli e sul complessivo disegno del Sistema di Controllo Interno, attraverso valutazioni indipendenti.

Per l'espletamento della propria attività, la funzione di Internal Audit definisce i principi, le procedure e gli strumenti di lavoro utili per svolgere la propria funzione in relazione al raggiungimento degli obiettivi periodicamente prefissati dalla Direzione Aziendale, con lo scopo di:

- omogeneizzare e standardizzare le differenti fasi e modalità operative svolte all'interno delle varie funzioni aziendali dai Responsabili di struttura organizzativa nonché dagli altri Dirigenti aventi un ruolo significativo nei singoli processi amministrativo-contabili aziendali, al fine di garantire il principio di segregazione delle funzioni;
- definire adeguati metodi nell'identificazione e nel monitoraggio dei rischi;
- elaborare pertinenti strumenti di controllo atti a prevenire e/o mitigare tali rischi;
- stabilire adeguate tempistiche di programmazione dei processi di Audit.

Infine, l'obiettivo che si intende perseguire attraverso l'istituzione della Funzione di Internal Audit è quello di fornire un supporto per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità visto l'obiettivo A.1) del PAC "prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio"

Viene coordinata, a livello regionale, dalla Funzione di Controllo Interno gerarchicamente dipendente dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria – Area Risorse Finanziarie del SSR, la quale valuta ed esamina i processi interni delle Aziende Sanitarie della Regione.

4. Struttura Organizzativa

La Funzione Internal Audit si configura come attività esclusiva e indipendente e, per poter operare in modo obiettivo ed efficace, deve disporre della necessaria autonomia, risultando libera da qualsiasi condizionamento, quali conflitti di interesse individuali, limitazioni al campo d'azione, restrizioni nell'accesso alle informazioni o altre interferenze analoghe. Ne consegue che la Funzione di Internal Audit deve mantenere un rapporto di indipendenza gerarchica nei confronti dei soggetti oggetto di audit.

La Funzione di Internal Audit deve essere affidata a un Responsabile dotato di adeguate competenze professionali, posizionato in staff alla Direzione Aziendale, alla quale è gerarchicamente e funzionalmente tenuto a riferire in merito allo svolgimento delle proprie attività.

In virtù della natura delle attività svolte, la Funzione è inoltre soggetta all'osservanza di rigorosi requisiti etici e professionali, in linea con quanto previsto dagli standard internazionali della professione, i quali definiscono i principi fondamentali di etica, integrità, obiettività, riservatezza e competenza. Il rispetto di tali principi rappresenta un elemento essenziale per garantire l'affidabilità del giudizio professionale espresso dalla Funzione di Internal Audit, promuovendo una cultura etica solida all'interno dell'organizzazione e rafforzando la fiducia nel ruolo stesso dell'audit interno.

Qualora il Responsabile della Funzione, o uno o più membri del team di audit, ricoprano – o si preveda possano ricoprire – ruoli o responsabilità ulteriori rispetto a quelle strettamente riconducibili all'attività di Internal Auditing, è necessario adottare adeguate misure di salvaguardia per tutelare l'indipendenza e l'obiettività della Funzione. A tal fine, la Direzione Aziendale dovrà prevedere specifiche attività di supervisione e valutazioni periodiche sulle linee di riporto, nonché sviluppare processi alternativi per ottenere un'adeguata assurance sulle aree di eventuale responsabilità aggiuntiva.

Infine, in relazione a specifiche attività di audit per le quali si riscontrino situazioni di incompatibilità o condizionamenti tali da compromettere la terzietà o l'indipendenza del Responsabile o dei membri del team rispetto al processo oggetto di valutazione, è previsto l'utilizzo di uno specifico modulo – a firma della Direzione Aziendale – volto a formalizzare la valutazione della situazione e, se necessario, disporre la sostituzione della risorsa coinvolta (Allegato 1).

5. Principi Etici e Regole di Condotta

L'attività svolta dalla Funzione di Internal Audit si conforma ai principi contenuti nel Codice Etico e agli Standard Internazionali dell'Institute of Internal Auditors di indipendenza, riservatezza e competenza. Qualora dall'attività di audit emergano fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni causati alla finanza pubblica, la denuncia va redatta sulla base delle rilevazioni della Funzione di Internal Audit e deve contenere tutti gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione del danno. L'obbligo di denuncia sussiste qualora il danno sia concreto e attuale e non quando i fatti abbiano solo una mera potenzialità lesiva. In quest'ultima ipotesi il Responsabile dell'Internal Audit informerà per iscritto la Direzione Aziendale dell'obbligo di operare affinché il danno sia evitato e, nel caso si verifichi, dell'obbligo di denunciare il fatto presso la sezione giurisdizionale della Corte dei Conti.

Qualora, nel corso dell'attività di audit, venga acquisita notizia di un reato penale perseguibile d'ufficio deve essere fatta denuncia. Il Responsabile dell'Internal Audit che ha appreso la notizia predispone una relazione alla Direzione Aziendale nella quale si dà evidenza dei fatti riscontrati e dell'obbligo di denuncia. La denuncia è inviata a firma della Direzione Aziendale alla Procura della Repubblica e deve contenere l'esposizione dei fatti, i dati circa il giorno di acquisizione della notizia e le fonti di prova già note. Quando possibile deve contenere gli elementi utili all'identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

6. Compiti e Responsabilità

La Funzione di Internal Audit ha il compito di individuare eventuali violazioni delle procedure e della normativa vigente, nonché di valutare periodicamente la completezza, l'adeguatezza, la funzionalità — intesa in termini di efficienza ed efficacia — e l'affidabilità del sistema dei controlli interni, del processo di gestione dei rischi, degli altri processi aziendali, del sistema informativo e, in generale, dell'intera struttura organizzativa. Tale valutazione si estende sia ai processi già attivi, attraverso un'analisi ex post, sia a quelli in fase di definizione, mediante un'analisi preventiva ex ante.

La Funzione di Internal Audit è composta da:

- Il Responsabile della Funzione di Internal Audit;
- Il team di Audit, a supporto del Responsabile di Internal Audit, se presente;
- Eventuali esperti delle materie oggetto di audit per il supporto in ambito specialistico.

Di seguito sono elencati separatamente i principali compiti e le responsabilità associati alla Funzione di Internal Audit:

La Funzione di Internal Audit svolge un ruolo fondamentale nel garantire il corretto funzionamento dell'organizzazione, attraverso le seguenti attività:

- verifica l'adeguatezza, l'efficacia e la corretta applicazione del sistema di controllo interno;
- valuta la conformità dei processi aziendali alle normative vigenti, alle politiche interne e agli standard professionali;
- effettua verifiche indipendenti sui processi amministrativo-contabili, gestionali e sulle relative procedure operative;
- controlla l'affidabilità e l'integrità delle informazioni finanziarie e operative;
- monitora la corretta gestione delle risorse pubbliche e valuta l'efficienza e l'efficacia operativa dei processi, individuando criticità e opportunità di miglioramento;
- identifica e valuta i principali rischi che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- analizza le aree operative più esposte, verificando l'adeguatezza dei controlli esistenti e proponendo azioni per mitigare i rischi rilevati;
- definisce metodologie di lavoro basate sull'analisi dei processi, dei rischi associati e dei controlli previsti per contenerli;
- fornisce supporto alla Direzione Aziendale nel miglioramento continuo della governance e dei processi interni;
- formula raccomandazioni e suggerisce interventi correttivi e migliorativi a seguito delle anomalie individuate;

- collabora alla revisione e alla ridefinizione delle procedure aziendali, anche in risposta a rilievi del collegio sindacale, della regione o della funzione di controllo interno regionale;
- supporta la Direzione nella valutazione dell'adeguatezza del sistema di controllo interno rispetto ai requisiti minimi normativi;
- verifica la presenza e l'efficacia dei presidi di controllo per la prevenzione e la rilevazione di frodi, sprechi o utilizzi impropri delle risorse aziendali;
- promuove una cultura del controllo e della trasparenza attraverso la valutazione delle misure antifrode adottate;
- collabora con organi di controllo esterni quali la corte dei conti e i revisori;
- si interfaccia con la funzione di internal audit regionale, recependone indirizzi e indicazioni operative;
- definisce la composizione del gruppo di audit e individua il relativo responsabile;
- può avvalersi del supporto di consulenti esterni per attività specifiche;
- imposta un processo di follow-up per assicurare la corretta implementazione delle azioni correttive proposte;
- comunica in modo trasparente le risultanze delle verifiche svolte, evidenziando conclusioni, raccomandazioni e piani d'azione.

Responsabilità della Funzione Internal Audit

- **Indipendenza e obiettività:** garantire l'autonomia della Funzione rispetto ai soggetti e ai processi oggetto di audit, assicurando giudizi imparziali e privi di condizionamenti; La Funzione deve mantenere un rapporto di indipendenza gerarchica rispetto alle strutture controllate, in linea con i principi di trasparenza e terzietà propri delle amministrazioni pubbliche;
- **Pianificazione e realizzazione delle attività di audit:** definire piani annuali e pluriennali di audit basati su un'analisi dei rischi rilevanti per l'Ente, assicurando che le attività siano condotte secondo standard professionali riconosciuti e documentate con rigore e tracciabilità;
- **Comunicazione dei risultati:** predisporre relazioni chiare e complete da trasmettere alla Direzione Aziendale, agli organi di vertice e, se previsto, ad altri soggetti istituzionali (es; OIV, Corte dei Conti), evidenziando rilievi, raccomandazioni e proposte di miglioramento;
- **Monitoraggio delle azioni correttive:** assicurare il follow-up delle raccomandazioni formulate, verificando che le strutture responsabili attuino nei tempi previsti le misure correttive e che tali interventi risultino efficaci nel superare le criticità riscontrate;
- **Aggiornamento professionale continuo:** promuovere il costante aggiornamento delle competenze del personale della Funzione, in linea con l'evoluzione normativa, gli indirizzi della Funzione pubblica e gli standard internazionali di audit interno;
- **Collaborazione con altre funzioni di controllo e organi esterni:** coordinarsi con le strutture interne di controllo e interfacciarsi con gli organi di controllo esterni, contribuendo a un sistema integrato di controlli a tutela della legalità, dell'efficienza e dell'accountability dell'Ente.

Il Responsabile di Internal Audit ha il compito di:

- effettuare la pianificazione strategica e operativa delle attività di audit;
- sviluppare piani di audit basati sulla valutazione dei rischi;
- definire la metodologia di audit e gli standard di qualità in linea con le best practice e gli standard internazionali;
- effettuare un monitoraggio continuo delle normative di riferimento e delle best practice di settore;
- gestire e coordinare il team di auditor, assegnando compiti e monitorando le attività;
- valutare periodicamente le competenze del personale di audit e promuovere adeguati percorsi di formazione;
- garantire l'indipendenza e l'obiettività della funzione di internal audit;
- gestire il budget assegnato alla funzione in modo efficace e trasparente;
- supervisionare l'esecuzione delle verifiche e validare i risultati delle attività di audit;
- monitorare l'attuazione delle azioni correttive da parte delle strutture responsabili, assicurandone l'efficacia e la tempestività;
- collaborare con il collegio sindacale, recependo eventuali rilievi e suggerimenti e contribuendo all'individuazione delle azioni correttive più opportune;
- interfacciarsi con la funzione regionale di controllo, recependo osservazioni e condividendo le azioni migliorative da adottare;
- gestire le relazioni con gli stakeholder interni ed esterni, promuovendo un dialogo costruttivo e orientato al miglioramento;
- redigere e firmare i rapporti finali di audit, condividendo le risultanze con la Direzione Aziendale;
- inviare alla Direzione Aziendale il verbale e il report dell'audit, con evidenza dei risultati dell'attività svolta.

Il Team di Audit ha il compito di:

- Partecipare attivamente alla redazione del Piano di Audit e del Documento di Programmazione dell'attività;
- Svolgere le attività delegate dal Responsabile della Funzione, eseguendo gli audit secondo la metodologia definita e in conformità agli standard professionali;
- Raccogliere, ordinare e archiviare in modo strutturato la documentazione e le evidenze necessarie a supporto delle verifiche;
- Redigere verbali e report di audit sotto la supervisione del Responsabile;
- Aggiornare le tavole di follow-up al termine di ciascun intervento di audit e monitorare lo stato di attuazione delle azioni correttive;
- Individuare e proporre azioni migliorative, suggerendo eventuali modifiche a procedure e regolamenti per superare le criticità riscontrate;
- Raccogliere e mantenere aggiornata la normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento per l'attività di audit;
- Tenere aggiornato l'archivio contenente la documentazione tecnica e normativa relativa alle attività svolte;
- Collaborare alla redazione e all'aggiornamento del Regolamento della Funzione di Internal Audit;
- Partecipare a corsi di formazione e aggiornamento professionale per il costante sviluppo delle competenze;
- Garantire la riservatezza delle informazioni trattate e il rispetto dei principi di integrità, obiettività e diligenza professionale;
- Collaborare con le strutture interne interessate, favorendo un confronto costruttivo durante tutte le fasi dell'attività di audit.

L'auditor deve:

- poter accedere alla documentazione ed alle informazioni, incluse quelle presenti sul sistema informativo aziendale, di cui necessita in virtù del proprio incarico;
- possedere caratteristiche personali necessarie per un efficace espletamento degli audit;
- avere una rapidità di comprensione delle diverse situazioni organizzative delle aziende sanitarie, capacità di analisi e di sintesi, elevato senso dell'etica ed integrità morale, atteggiamento mentale di obiettività, attitudine ai rapporti interpersonali e capacità di comunicazione, conoscenza delle tecniche di "problem solving" per i problemi rilevati nell'esecuzione dell'audit, determinazione nel conseguimento degli obiettivi.

La Direzione Aziendale deve:

- adottare il regolamento di audit qui declinato e condividere e/o approvare le modifiche allo stesso;
- adottare il piano di audit e il documento di programmazione dell'attività di audit;
- fornire al responsabile internal audit, in base a specifiche e motivate esigenze di controllo e monitoraggio di aree strategiche, indicazioni in merito al contenuto del piano di audit;
- assicurare il pieno accesso alle informazioni, documenti, sistemi e personale necessario allo svolgimento delle attività di audit;
- analizzare e prendere atto delle risultanze degli audit, comprese raccomandazioni e piani d'azione, promuovendone l'attuazione presso le strutture competenti;
- curare il dialogo con gli organi di controllo esterni e partecipare a eventuali incontri-tavoli tecnici regionali di condivisione delle attività di audit;
- favorire la tempestiva implementazione delle azioni correttive indicate dalla funzione di internal audit;
- promuovere una cultura organizzativa orientata al controllo, alla trasparenza e alla responsabilizzazione, valorizzando il ruolo dell'audit come leva di miglioramento.

Le Unità operative e/o le funzioni auditate sono chiamate a collaborare con le attività della funzione di auditing attraverso:

- messa a disposizione nei tempi concordati dei dati e delle informazioni richieste, su supporto cartaceo e/o informatico, anche in occasione di interviste;
- revisione delle procedure;
- elaborazione tempestiva di commenti e di azioni migliorative in risposta ai rilievi e suggerimenti elaborati dalla funzione di Internal Audit;
- monitoraggio della effettiva esecuzione delle azioni di rimedio ad esse assegnate;

- informativa tempestiva in merito a riorganizzazioni e progetti speciali che comportino un cambiamento nel profilo dei rischi e del sistema di controllo interno a livello.

L'attività di Internal Auditing assume particolari caratteristiche, evidenziando le seguenti tipologie:

- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
- l'efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
- l'attendibilità delle informazioni di bilancio (e salvaguardia del patrimonio): audit finanziario- contabile (financial audit).

Il presente "Modello di Controllo Interno e Processi di Audit" focalizza le proprie attività sull'analisi di conformità delle procedure aziendali.

L'attività di Internal Auditing non solleva i responsabili delle Unità Operative e delle funzioni aziendali dalle proprie responsabilità in merito al mantenimento di un sistema di controllo di primo livello efficace e adeguato rispetto ai rischi connessi alla gestione. Tale attività si configura come un'integrazione — e non una sostituzione — dei controlli di secondo livello, che restano in capo alle strutture preposte, le quali ne conservano la piena responsabilità nei tempi e con le modalità concordate con la Direzione Aziendale.

7. METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

La Funzione di Internal Audit e la Direzione Aziendale procedono alla definizione dell'elenco dei rischi principali applicabili all'Ente ed effettuano la relativa valutazione.

Nell'ambito della propria azione, la Funzione Internal Audit analizza le seguenti macro-tipologie di rischi:

- Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna.
- Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell'Azienda che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia, di salvaguardia del patrimonio e di conformità normativa.
- Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni e verso l'esterno che possono impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative.
- Rischi derivanti dalla applicazione della normativa di riferimento e/o di procedure in termini di errata applicazione o di mancata conoscenza delle stesse, che, ove emergenti, pregiudicano il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda.

La Funzione per definire la mappatura dei rischi adotta un modello di valutazione dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto, nonché si basa sui risultati emersi dai test di verifica di corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili svolti da ciascun ufficio.

Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio è la matrice RACM (Risk Assessment Criteria Matrix) che permette di valutare il rischio in termini di probabilità, intesa come la frequenza del manifestarsi del rischio, e di impatto, inteso come livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi, con una valutazione di tipo qualitativo.

GRADO DI RISCHIO = PROBABILITA' x IMPATTO

VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'	
QUASI CERTO	È presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito
MOLTO PROBABILE	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con le caratteristiche di sistematicità

POCO PROBABILE	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo
----------------	---

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
ALTO	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda.
MEDIO	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione
BASSO	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda. Inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio

La valutazione complessiva del rischio in termini di probabilità e impatto viene effettuata attraverso la seguente matrice:

PROBABILITA'		IMPATTO		
		BASSO	MEDIO	ALTO
	QUASI CERTO	M	M/A	ALTO
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	BASSO	M/B	M

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

7.1. Identificazione dei controlli operativi e loro valutazione

Successivamente all'individuazione dei rischi il controllo interno, le strutture interessate e la Direzione Aziendale, procedono ad individuare e analizzare i controlli e le misure da adottare per attenuare i rischi entro livelli ritenuti accettabili. La valutazione del controllo è effettuata in funzione di due aspetti:

- Efficacia del controllo nel mitigare il rischio gestito, ossia se il controllo è idoneo ad assicurare il contenimento del rischio nei limiti ritenuti accettabili;
- Effettività nello svolgimento del controllo.

La valutazione delle misure è effettuata in funzione dell'adozione delle stesse per ridurre il rischio.

La valutazione dei controlli e delle misure per ciascuno dei rischi gestiti è quindi espressa come nella tabella seguente:

Valutazione del controllo e delle misure	Descrizione della valutazione
Sottodimensionato (vulnerabilità ALTA)	I controlli e le misure previsti non consentono un'efficace riduzione del rischio oppure i controlli non sono effettivamente eseguiti
Adeguito (vulnerabilità MEDIA)	I controlli e le misure previsti consentono un'efficace riduzione del rischio e sono effettivamente eseguiti
Sovradimensionamento (vulnerabilità BASSA)	I controlli e le misure previsti sono eseguiti e consentono una riduzione del rischio oltre il livello accettabile in rapporto al loro costo

Dopo la fase di valutazione delle misure e dei controlli che presidiano i rischi inerenti, si procede alla determinazione del rischio residuo. Il rischio residuo è il rischio che rimane dopo l'applicazione dei controlli e delle misure di cui alla fase precedente. In questa fase, nella stima del rischio residuo si tiene generalmente conto dell'esistenza di controlli o azioni, ma non necessariamente della loro efficacia o continuità di applicazione.

PROBABILITA'		VULNERABILITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA

	QUASI CERTO	M	M/A	A
	MOLTO PROBABILE	M/B	M	M/A
	POCO PROBABILE	B	M/B	M

B – Basso M/B –Medio/Basso M–Medio M/A– Medio/Alto A-Alto

In seguito all'aggiornamento, la mappatura dei rischi dovrà esser trasmessa alla funzione del controllo interno regionale, che sulla base della stessa, provvederà ad evidenziare i processi che si ritiene prioritario analizzare.

8. IL CICLO DI INTERNAL AUDITING

Il processo di Internal Auditing può essere scomposto nelle seguenti macro-fasi:

- Risk Assessment;
- Piano di Audit;
- Intervento di Audit;
- Controlli periodici.



8.1. Risk Assessment

La fase preliminare del processo di Internal Audit consiste in un'attività strutturata di **risk assessment**, ovvero nel processo sistematico di identificazione, classificazione e valutazione dei rischi che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'organizzazione, posti dalla Direzione Aziendale. Tale attività, svolta dalla Funzione di Internal Audit, ha l'obiettivo di individuare le aree maggiormente esposte a rischio, orientando in modo mirato la definizione dei Piani Annuali di Audit. L'output di questa fase costituisce la base informativa per l'individuazione delle aree critiche su cui concentrare gli interventi di verifica.

In questo ambito il punto di avvio è rappresentato dalle Aree di Intervento individuate nei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il PAC ha individuato le seguenti Aree organizzativo/gestionali critiche:

- Area generale;
- Immobilizzazioni;
- Rimanenze;
- Crediti e ricavi;
- Disponibilità liquide
- Patrimonio netto;
- Debiti e costi;
- Fondi per Rischi ed Oneri.

La Funzione Internal Audit, pertanto, pianifica le attività di audit adottando un approccio risk-based, basato su un'analisi strutturata di risk assessment, in coordinamento con la programmazione regionale.

8.2. Piano di Audit

La seconda fase delle attività del controllo interno consiste nella individuazione delle priorità, sulla base del risk assessment, dei processi da sottoporre ad audit nell'ambito di una programmazione. Il programma annuale degli audit definisce le attività ed i processi che saranno verificati nell'anno e individua le relative Unità Operative/ Strutture interessate o oggetto di audit. La metodologia adottata prevede l'identificazione e l'analisi delle cosiddette "aree auditabili". A ciascuna area viene attribuito un indice di priorità che consente di costruire un ranking degli interventi da includere nel Piano.

Il Piano di Audit viene predisposto dal Responsabile Internal Audit e si basa su:

- il risultato della identificazione e valutazione dei rischi (Risk Assessment);
- eventuali ambiti che la Direzione Aziendale ritenga di sottoporre ad audit, sulla base delle proprie valutazioni strategiche;
- eventuali criticità individuate o segnalate dal Collegio Sindacale;
- attività di audit svolte negli anni precedenti e i relativi risultati.

Il Piano Annuale di Audit deve contenere le seguenti informazioni:

- i processi e le attività oggetto di verifica;
- le Unità Operative/Strutture coinvolte;
- gli obiettivi dell'audit;
- la programmazione temporale delle attività.

Il Piano di Audit viene predisposto entro la fine di ogni anno ed è sottoposto alla Direzione Aziendale per l'approvazione. Per esigenze contingenti il Piano può subire variazioni; eventuali modifiche significative apportate in corso d'anno dovranno essere approvate con le stesse modalità.

8.3. Intervento di Audit

Sulla base di quanto indicato nel programma degli audit, il Responsabile Internal Audit, nella pianificazione del singolo intervento, attiva le procedure preliminari con adeguato anticipo rispetto alla data di inizio dell'intervento stesso.

Al fine di predisporre tutte le attività propedeutiche allo svolgimento dell'intervento stesso il Responsabile Internal Audit provvede a ripartire, tra il personale facente parte del Gruppo di Audit, i compiti e le responsabilità nello svolgere le attività sotto dettagliate.

L'attività si svolge attraverso le seguenti fasi:

8.3.1. Pianificazione

- analisi preliminare;
- definizione dell'ambito dell'audit;
- stesura del programma di audit, con attività da svolgere, tempistiche e risorse coinvolte (Work Program);
- comunicazione formale dell'inizio dell'audit alla Unità Operativa / Funzione aziendale interessata (Lettera di Avvio).

8.3.2. Esecuzione

- riunione di apertura (Kick-Off Meeting);
- raccolta delle evidenze attraverso interviste, walkthrough, analisi documentale e test di verifica;
- esecuzione delle attività di verifica;

- valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia dei controlli interni;
- identificazione di eventuali criticità, aree di miglioramento o non conformità;
- condivisione preliminare dei risultati con i referenti della struttura auditata.

8.3.3. Reporting

- redazione del report di audit (Audit Report), con descrizione dei rilievi, evidenze riscontrate, livello di rischio e raccomandazioni;
- condivisione del report con l'Unità Operativa o funzione auditata e con la Direzione, ove previsto;
- raccolta di eventuali controdeduzioni o commenti da parte dei responsabili coinvolti.

8.3.4. Follow-up

- monitoraggio dell'implementazione delle azioni correttive concordate;
- verifica dell'efficacia delle misure adottate entro i tempi stabiliti;
- chiusura dell'audit una volta completate le azioni correttive o in caso di escalation.

PIANIFICAZIONE

La fase di pianificazione rappresenta la risposta ai rischi identificati nella fase del "Risk Assessment". Nel contesto di un'attività di audit interno, l'adozione di un approccio metodico ed esaustivo è essenziale per garantire la congruità dell'intero processo. A tale scopo, si conduce un'analisi preliminare supportata dagli esiti dell'attività di Risk Assessment precedentemente condotta; sulla base di questa analisi, viene definito l'ambito dell'audit, operazione che consente di circoscrivere con precisione i confini dell'intervento e di orientare il focus dell'analisi. Contestualmente, si procede alla redazione di un dettagliato programma di audit, un documento operativo che specifica le attività programmate, le tempistiche previste e le risorse da impiegare. A questo proposito, la predisposizione di documenti operativi, quali il Work Program, riveste un'importanza fondamentale, poiché garantisce trasparenza e chiarezza operativa. Parallelamente, è previsto l'invio di una comunicazione formale, tramite una Lettera di Avvio, che informa l'Unità Operativa o la funzione interessata, predisponendo così un ambiente di collaborazione e coordinamento essenziale per l'intero percorso.

ESECUZIONE

Nel corso dell'attività di audit, l'attuazione delle procedure programmate assume carattere operativo e strategico, consolidando il lavoro preliminare. L'organizzazione di un incontro di Kick-Off Meeting, rappresenta un momento di fondamentale importanza, in quanto facilita il confronto tra le parti coinvolte e assicura un allineamento metodologico sui processi da verificare. L'approccio impiegato si avvale di molteplici strumenti, quali interviste, walkthrough, analisi documentale e test di verifica, i quali consentono di raccogliere evidenze oggettive e di valutare con rigore l'adeguatezza dei controlli interni. Tale attività si configura come un processo di supporto alle strutture auditate, finalizzato a evidenziare criticità, aree di miglioramento e potenziali non conformità, e a instaurare un dialogo costruttivo con i referenti della struttura auditata, favorendo così l'emergere di una visione condivisa e orientata al miglioramento continuo.

REPORTING

Il report di audit sintetizza in maniera rigorosa e dettagliata le evidenze raccolte durante l'analisi operativa. Il documento ha l'obiettivo di esporre i rilievi emersi, associando a ciascuno di essi un appropriato livello di rischio e proponendo raccomandazioni concrete finalizzate al miglioramento dei processi aziendali. Tale report è condiviso non solo con l'Unità Operativa o la funzione auditata, ma anche, laddove previsto, con la Direzione Aziendale, affinché il documento possa essere oggetto di ulteriori valutazioni e, se necessario, di integrazioni o di commenti aggiuntivi da parte dei responsabili coinvolti.

FOLLOW-UP

Il monitoraggio e la verifica dell'implementazione delle azioni correttive rappresenta la chiusura dell'intero ciclo di audit. In tale contesto, il follow-up si configura come un processo sistematico volto a garantire che le misure adottate, in risposta alle criticità riscontrate, siano efficaci e realizzate nei tempi prestabiliti. Un'attenta verifica dell'efficacia delle azioni correttive consente, infatti, di confermare il raggiungimento degli obiettivi inizialmente prefissati o, eventualmente, di individuare ulteriori margini di miglioramento. Solo dopo aver accertato la completa risoluzione delle problematiche evidenziate si procede alla formale chiusura dell'audit, oppure si attivano eventuali escalation per gestire nuove criticità, assicurando così un ciclo di controllo dinamico e orientato al costante miglioramento del sistema di gestione dei rischi.

8.4. I CONTROLLI PERIODICI

L'attività della funzione del controllo interno prosegue con i controlli periodici, ossia con il monitoraggio e la verifica dell'esecuzione delle azioni correttive contenute nel Piano d'Azione, da parte dell'Unità Operativa/Struttura oggetto di audit.

Spetta al controllo interno definire la natura, il grado di approfondimento e la tempistica dei controlli periodici, in funzione:

- della significatività dei rilievi riscontrati;
- dell'importanza delle conseguenze;
- del periodo di tempo richiesto.

Al fine di procedere alla formalizzazione del Piano di Audit, il Team di Internal Audit deve svolgere specifici incontri con il Collegio Sindacale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il Controllo di Gestione e la Direzione Aziendale per individuare strategie, obiettivi e rischi aziendali da monitorare. Tali interlocutori hanno il compito di fornire al Team di Audit informazioni e dati, basati sulle attività di relativa competenza, sulle eventuali criticità riscontrate e/o su eventuali aree strategiche che si intende presidiare.

L'attività dell'IA si fonda su una pertinente ed esaustiva analisi dei rischi aziendali e sui controlli di vario livello implementati dall'organizzazione, volti appunto a presidiare e mitigare tali rischi.

9. Archiviazione ed eventuale denuncia erariale

Con l'obiettivo di formalizzare adeguatamente le attività svolte e tenere traccia degli interventi correttivi apportati nel corso del tempo, per ogni intervento di Audit viene creato un fascicolo che raccoglie la documentazione utilizzata e tutti i documenti redatti.

La Funzione Internal Audit conserva tutta la documentazione relativa all'attività di Audit. Il materiale, in formato elettronico, deve essere conservato in formato digitale in apposita area del sistema documentale aziendale. La documentazione per la quale non è possibile la conservazione digitale, viene fascicolata e custodita all'interno di apposito armadio che consenta di mantenere la segretezza degli atti facilmente consultabili e reperibili dal Team di Audit.

Qualora dall'attività di Audit emergano fatti che possano generare responsabilità erariale o penale, il Responsabile Internal Audit, provvede alle dovute comunicazioni alle relative autorità competenti, dandone contestuale notizia riservata alla Direzione Aziendale ed al soggetto titolare dell'eventuale azione disciplinare.

10. Interazione con la Funzione di Audit regionale

La continua interazione e coordinamento con la Funzione di Audit regionale risulta di fondamentale importanza allo scopo di migliorare i processi aziendali e di mitigare i relativi rischi di mancato raggiungimento degli obiettivi fissati.

In tale prospettiva la Funzione Aziendale è tenuta a prendere visione ed a recepire tutti gli atti provenienti dalla relativa Funzione regionale, ad analizzarsi e, se necessario, a presentare osservazioni o richiedere chiarimenti.

È tenuta, inoltre, a programmare gli interventi di Audit aziendali sulla scorta delle verifiche pianificate dalla Funzione di Controllo Interno regionale, mantenendo comunque la possibilità di effettuare attività di Audit su ulteriori aree ritenute a rischio.

L'esito degli Audit regionali deve essere comunicato alle UU.OO. coinvolte nei processi soggetti a verifica ed alla Direzione Aziendale. Successivamente, deve provvedere a svolgere attività di supporto alle UU.OO. coinvolte e supervisionare sul grado di implementazione delle azioni poste in essere dall'azienda per adeguarsi ai rilievi effettuati dalla Funzione regionale.

11. ALLEGATI

1. Verbale di Audit
2. Griglie di Verifica
3. Rapporto di Audit

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Domanda di partecipazione con dichiarazioni integrative

Allegato 2 al Disciplinare di gara

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

RILASCIATA ANCHE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____
in qualità di _____
dell'Operatore/Impresa _____
con sede legale in _____ Provincia di _____
via/piazza _____ n. _____ c.a.p. _____
codice fiscale: _____
partita I.V.A.: _____

di seguito denominato "Operatore economico";

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del d.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione si avrà la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi dell'art. 75 del d.P.R. n. 445/2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge,

CHIEDE

di partecipare alla procedura di cui al titolo nella seguente qualità di

[selezionare la casella corrispondente al regime soggettivo di partecipazione alla procedura]

operatore economico singolo

[ovvero]

consorzio con le seguenti imprese consorziate:

	Denominazione	Sede legale
1		
2		
3		
4		

[overo]

[mandatario] [mandante] in raggruppamento temporaneo di operatori economici di tipo:

° orizzontale

° verticale

° misto

[overo]

[capogruppo] [consorziato] in consorzio ordinario

con i seguenti operatori economici concorrenti e con la seguente ripartizione dell'appalto tra i medesimi, ai sensi dell'art. 68, comma 2, del Codice:

[quadro da compilare solo in caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario, costituendi o costituiti. In tal caso, per ciascun operatore occorrerà indicare la denominazione, la sede legale e le parti di appalto che la medesima eseguirà]

Operatore Mandatario/Capogruppo	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione

Operatore Mandante/Consorziato	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione

[Per i consorzi di cui all'art. 65, comma 2, lett. b) e d), del Codice]

che il consorzio concorre per le seguenti consorziate:

_____ (ragione sociale) _____ (codice fiscale) _____ (sede)

_____ (ragione sociale) _____ (codice fiscale) _____ (sede)

_____ (ragione sociale) _____ (codice fiscale) _____ (sede)

(qualora il consorzio non indichi per quale/i consorziato/i concorre, si intende che lo stesso partecipa in nome e per conto proprio)

[overo]

G.E.I.E.

A tal fine

DICHIARA

nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e sotto comminatoria delle sanzioni sopra indicate:

1. di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'articolo 94, comma 5 lett. a) e e), del D. Lgs. n. 36/2023;
2. che i soggetti esponenti di cui all'art. 94, comma 3, del D. Lgs. n. 36/2023, in carica dalla data di pubblicazione del Bando di Gara (titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; di un socio amministratore o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice; dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi institori e procuratori generali, dei membri degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo, del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero dell'amministratore di fatto), sono i seguenti:

Cognome e Nome	Luogo, data di nascita, codice fiscale	Qualifica/Carica	[Eventuale] Data di cessazione dalla carica

[In alternativa a quanto precede l'Operatore economico può indicare la banca dati ufficiale o il pubblico registro da cui i medesimi possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta]

3. di non trovarsi nella condizione prevista dall'art. 53, co. 16 ter, del D. Lgs. n. 162/2001 e s.m.i.;
4. di ritenere remunerativa l'offerta economica presentata giacché, per la sua formulazione, ha preso atto e tenuto conto:
 - a) delle condizioni contrattuali e degli oneri compresi quelli eventuali relativi in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguite le forniture;
 - b) di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, ivi compresi i prezzi di riferimento pubblicati dall'ANAC, che possono avere influito o influire sia sulla prestazione della fornitura, sia sulla determinazione della propria offerta;
5. che nessuna variazione economica in aumento potrà essere richiesta dalla Ditta fornitrice per tutta la durata del servizio, compresa l'eventuale proroga;

6. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione di gara tutta;

7. di accettare il Patto di Integrità allegato alla documentazione di gara (art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012);

8. che la Ditta non ha stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi negli ultimi tre anni a ex dipendenti pubblici nei tre anni successivi alla loro cessazione del rapporto di lavoro con amministrazioni pubbliche, in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 (cd. incompatibilità successiva o Pantouflage);

9. di impegnarsi fin d'ora ad eseguire l'appalto nei confronti della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata;

10. [SOLO per gli operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia]

11. che, in caso di aggiudicazione, si uniformerà alla disciplina di cui agli articoli 17, comma 2, e 53, comma 3, D.P.R. n. 633/1972 e comunicherà alla Stazione Appaltante la nomina del proprio rappresentante fiscale, nelle forme di legge;

12. che per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente alla procedura in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, ivi comprese le comunicazioni di cui all'art. 90 del Codice, elegge domicilio in:

Indirizzo domicilio eletto	Comune _____ Provincia _____ C.a.p. _____ Via/Piazza _____ n. _____ Telefono _____
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)	
Indirizzo di posta elettronica	
Telefono e Referente Ufficio gare (obbligatorio)	

13. di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'art. 7 del medesimo D. Lgs.;

14. [SOLO per gli operatori economici ammessi al concordato preventivo con continuità aziendale di cui all'art. 186 bis del R.D. 16 marzo 1942, n. 267]

ad integrazione di quanto indicato nella parte III, sez. C, lett. d) del DGUE, che gli estremi del provvedimento di ammissione al concordato e del provvedimento di autorizzazione a partecipare alle gare sono:
_____ rilasciato dal Tribunale

di _____ nonché dichiara di non partecipare alla gara quale mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese e che le altre imprese aderenti al raggruppamento non sono assoggettate ad una procedura concorsuale ai sensi dell'art. 186 bis, comma 6, del R.D. 16 marzo 1942, n. 267;

15. che, in caso di aggiudicazione, acconsentirà all'effettuazione dei controlli che la Stazione Appaltante, o per essa qualunque Ufficio dipendente, si riserva di disporre sulla fornitura appaltata;

16. che non presenterà offerta al contempo singolarmente e quale componente di un RTI, Rete, Consorzio o gruppo ovvero che non parteciperà a più RTI, Reti, Consorzi o gruppi;

17. che si impegna ad eseguire il servizio nei modi e nei termini stabiliti nel Capitolato Tecnico e, comunque, nel Bando di gara, nel Disciplinare di gara e negli ulteriori loro allegati;

18. di essere a conoscenza che la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata si riserva il diritto di procedere a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni;

19. di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, la Ditta verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata dalla Stazione Appaltante; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula del contratto, questo potrà essere risolto di diritto dalla Stazione Appaltante, ai sensi dell'art. 1456 codice civile.

Luogo e Data _____, _____

Firmato digitalmente dal Legale
Rappresentante della Ditta

Allegati:

1) _____;

2) _____.

AVVERTENZE:

- le dichiarazioni sopra riportate, ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445/2000, devono essere prodotte unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità e sottoscritte da parte (i) del legale rappresentante o (ii) da persona abilitata ad impegnare l'operatore. In tale ultimo caso, dovrà essere prodotta in atti copia della fonte dei poteri; dovranno essere prodotte da ciascuna impresa concorrente, da ogni singolo operatore del raggruppamento o del consorzio ordinario, dai consorzi di cui all'art. 65, comma 2, lett. b) e d), del D. Lgs. n. 36/2023 e da tutte le imprese da questi indicate come concorrenti;
- all'atto della compilazione, selezionare le opzioni a compilazione alternativa barrando il relativo riquadro, in maniera tale che la scelta del soggetto che compila sia chiaramente espressa;
- le clausole obbligatorie non potranno essere oggetto di spunta e/o eliminazione.

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Patto di Integrità

Allegato 3 al Disciplinare di gara

PATTO DI INTEGRITÀ

(art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012)

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Art. 1 - Oggetto

Il presente Patto di Integrità costituisce parte integrante del Bando di gara e stabilisce la reciproca e formale obbligazione - tra la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata in qualità di stazione appaltante e l'operatore economico concorrente che all'esito della procedura di selezione è risultato aggiudicatario della procedura di cui al titolo (di seguito, anche il "Fornitore") - a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, impegnandosi espressamente a contrastare fenomeni di corruzione e illegalità e comunque a non compiere alcun atto volto a distorcere o influenzare indebitamente il corretto svolgimento dell'esecuzione del Contratto di appalto successivamente affidato.

La Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e il Fornitore si impegnano a rispettare, e a far rispettare al rispettivo personale e ai collaboratori, il presente Patto di Integrità, il cui spirito e contenuto condividono pienamente.

Il presente Patto di Integrità è accettato ad ogni effetto dal Fornitore mediante dichiarazione espressa resa in sede di gara.

Art. 2 - Ambito di applicazione e validità

Il presente Patto di Integrità regola i comportamenti dei dipendenti e collaboratori della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e del Fornitore nell'ambito dell'esecuzione del Contratto di appalto successivamente affidato del quale costituisce parte integrante e sostanziale.

Il presente Patto di Integrità e le relative sanzioni applicabili restano in vigore sino alla completa esecuzione del Contratto di appalto.

Art. 3 - Obblighi del Fornitore

Il Fornitore, in forza del presente Patto di Integrità, dichiara di:

- a) non aver concluso con altri operatori economici alcun tipo di accordo volto ad alterare o limitare la concorrenza, ovvero a determinare un unico centro decisionale ai fini della partecipazione alla procedura di gara e della formulazione dell'offerta, risultata poi essere la migliore;
- b) non avere influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto del bando o di altro atto equipollente al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente e di non aver corrisposto né promesso di corrispondere ad alcuno e s'impegna a non corrispondere né promettere di corrispondere ad alcuno – direttamente o tramite terzi, ivi compresi i soggetti collegati o controllati – somme di denaro o altra utilità finalizzate a facilitare l'affidamento e l'esecuzione del Contratto di appalto;
- c) astenersi dal compiere qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o, comunque, violazione delle regole della concorrenza ovvero a segnalare tempestivamente alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e alla Pubblica Autorità qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità e violazioni delle regole di concorrenza di cui dovesse venire a conoscenza durante la fase di esecuzione del Contratto di appalto, fornendo elementi dimostrabili a sostegno delle suddette segnalazioni;
- d) segnalare alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, nonché alla Pubblica Autorità competente e alla Prefettura, qualunque tentativo di concussione e qualsiasi illecita richiesta o pretesa da parte dei

dipendenti della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata o di chiunque possa influenzare le decisioni relative all'esecuzione del Contratto di appalto.

Il Fornitore avrà l'onere di pretendere il rispetto dei predetti obblighi anche dai propri subcontraenti.

Il Fornitore prende atto e accetta che la violazione, comunque accertata dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, di uno o più impegni assunti con il presente Patto di Integrità comporta l'applicazione delle sanzioni di cui al successivo art. 5.

Art. 4 - Obblighi della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Nel rispetto del presente Patto di Integrità, la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata si impegna a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza di cui alla Legge n. 190/2012, nonché, nel caso in cui venga riscontrata una violazione di detti principi o di prescrizioni analoghe, a valutare l'eventuale attivazione di procedimenti disciplinari nei confronti del proprio personale a vario titolo intervenuto nella procedura di affidamento e nell'esecuzione del Contratto di appalto, secondo quanto previsto dal piano di prevenzione della corruzione adottato.

Art. 5 - Sanzioni

Il Fornitore prende atto e accetta che la violazione degli obblighi assunti con il presente Patto di Integrità, nonché la non veridicità delle dichiarazioni rese, comunque accertati dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, può comportare l'applicazione delle seguenti sanzioni:

- a. esclusione dalla procedura di gara con escussione della garanzia provvisoria, fatto salvo il risarcimento del maggior danno;
- b. risoluzione del Contratto di appalto *ex art.* 1456 codice civile nonché escussione della garanzia definitiva e risarcimento dell'eventuale danno ulteriore.

La risoluzione potrà essere altresì esercitata ai sensi dell'art. 1456 codice civile: (i) ogni qualvolta nei confronti del Fornitore, dei suoi dirigenti e/o dei componenti della compagine sociale, sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per taluno dei delitti di cui agli artt. 317, 318, 319, 319bis, 319ter, 319quater, 320, 322, 322bis, 346bis, 353, 353bis, codice penale; (ii) nel caso in cui, violato l'obbligo di segnalazione di cui all'art. 3, lett. d) che precede, sia stata disposta nei confronti dei pubblici amministratori che hanno esercitato funzioni relative alla stipula ed esecuzione del Contratto, misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per il delitto previsto dall'art. 317 del codice penale. In tal caso troverà comunque applicazione quanto previsto dall'art. 32 del D.L. 90/2014 convertito nella Legge n. 114/2014.

Resta fermo che dell'intervenuta risoluzione del Contratto la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata potrà tenere conto ai fini delle valutazioni di cui all'articolo 95, comma 1 lett. e), del D.Lgs. 36/2023;

- c. segnalazione del fatto all'ANAC e alle competenti Autorità giudiziaria.

Art. 6 - Autorità competente in caso di controversie

Ogni eventuale controversia relativa all'interpretazione e all'esecuzione del presente Patto di Integrità sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria del Foro di Roma.

Delibera 1082/2025 - Allegato 7 - pag. 1 di 1

	Riportare elemento oggetto di valutazione	Descrivere elemento migliorativo offerto	Indicare riferimento pagina e sezione scheda tecnica/altro documento attestante l'elemento migliorativo offerto
critério 1			
critério 2			
critério 3			
critério 4			
critério 5			

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Procedura negoziata ai sensi dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm. e ii., espletata in modalità telematica tramite MEPA, per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

Schema offerta economica

Allegato 5 al Disciplinare di gara

Delibera 1082/2025 - Allegato 8 - pag. 2 di 2

Il/La sottoscritto/a _____, _____, _____, il _____, residente in _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____, della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, ai fini della partecipazione alla procedura negoziata finalizzata all'acquisizione del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024 per la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata,

OFFRE

	DESCRIZIONE	QUANTITÀ COMPLESSIVE (Q)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in cifre, max 2 cifre decimali) € (P)	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa, in lettere, max 2 cifre decimali) € (P)	PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in cifre, max 2 cifre decimali) € Ptot = (Q x P)	PREZZO TOTALE (IVA esclusa, in lettere, max 2 cifre decimali) € Ptot = (Q x P)
1	Capo progetto	40	€ _____, _____	Euro _____, _____	€ _____, _____	Euro _____, _____
2	Senior	300	€ _____, _____	Euro _____, _____	€ _____, _____	Euro _____, _____
VALORE COMPLESSIVO DELL'OFFERTA					€ _____, _____	Euro _____, _____

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente

ATTO DI NOMINA A RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679)

TRA

La **Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata**, C.F. 97503840585, P. IVA 10110821005, con sede legale in Viale Oxford, 81 - 00133 Roma, quale *Titolare del Trattamento*, in persona del Legale Rappresentante *pro-tempore* (di seguito, per brevità **“Titolare”** o **“Fondazione”**);

E

nome ditta/società _____, C.F. _____, partita IVA _____, con sede legale in _____ in persona del legale rappresentante *pro-tempore* quale *Responsabile del Trattamento* (di seguito, per brevità, **“Responsabile”**),

Di seguito, congiuntamente, le **“Parti”**.

PREMESSO CHE

(Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente Atto)

- A seguito della Deliberazione n. ____ del _____, tra Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e nome ditta/società _____ è in atto un Contratto avente ad oggetto **“oggetto del/dei contratti _____”** (di seguito, per brevità, **“Contratto”**);
- per l'esecuzione delle attività previste nel Contratto, nome ditta/società _____ tratterà dati personali di cui la Fondazione è Titolare;
- La Fondazione, in persona del legale rappresentante *p.t.*, Titolare del trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 4 e 24 del Regolamento UE 2016/679, ha pertanto individuato, nome ditta/società _____, quale Responsabile del Trattamento sulla base delle evidenze documentali e delle dichiarazioni dallo stesso fornite al Titolare e della successiva verifica da parte di quest'ultimo, per quanto ragionevolmente possibile, della loro rispondenza al vero, circa le caratteristiche di esperienza, capacità e affidabilità che devono caratterizzare chi esercita tale funzione affinché il trattamento rispetti i requisiti della normativa vigente e garantisca la tutela degli interessati.

SI CONCORDA E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

Definizioni

Ai fini del presente Atto di nomina valgono le seguenti definizioni:

- Per **“Legge Applicabile”** o **“Normativa Privacy”**, si intende il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito, per brevità, **“GDPR”**), nonché qualsiasi altra normativa sulla protezione dei dati personali applicabile in Italia ivi compreso il D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018 e i

provvedimenti dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali eventualmente applicabili alla fattispecie oggetto del Contratto;

- per **“Categorie particolari di Dati Personali”**: si intendono tutte le informazioni direttamente o indirettamente riconducibili ad una persona fisica così come definite ai sensi dell'art. 4 par. 1 del GDPR, che il Responsabile tratta per conto del Titolare allo scopo di fornire i Servizi di cui al Contratto stipulato con l'Ente;
- per **“Interessato”**: si intende la persona fisica cui si riferiscono i Dati Personali;
- per **“Servizi”**: si intendono i Servizi resi dal Responsabile oggetto del Contratto nonché il relativo trattamento dei dati personali, così come meglio descritto nel presente Atto di nomina e nei suoi allegati;
- per **“Titolare”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 7 del GDPR, la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali;
- per **“Responsabile del Trattamento”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 8 del GDPR, la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del Titolare del trattamento;
- per **“Ulteriore Responsabile”**: si intende la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo, soggetto terzo (fornitore) rispetto alle Parti, a cui il Responsabile del trattamento, previa autorizzazione del Titolare, abbia, nei modi di cui al par. 4 dell'art. 28 del GDPR, eventualmente affidato parte dei Servizi e che quindi tratta dati personali;
- per **“Misure di Sicurezza”**: si intendono le misure di sicurezza di cui alla Normativa *Privacy*;
- per **“Trattamento”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 2 del GDPR, qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Art. 2

Nomina e oggetto

In attuazione dell'art. 28 del GDPR, la Fondazione PTV Policlino Tor Vergata, in qualità di Titolare del trattamento, nomina _____ nome ditta/società _____ C.F. _____, partita IVA _____, con sede legale in _____, quale Responsabile per il Trattamento dei Dati Personali come previsto nel Contratto, da intendersi quale parte integrante e sostanziale del presente atto, reso necessario per l'espletamento dei Servizi.

Il Responsabile tratterà i Dati Personali di cui verrà in possesso/a conoscenza nello svolgimento dei Servizi oggetto del Contratto solo in base a quanto ivi stabilito e a quanto previsto nel presente Atto.

Art. 3

Durata e finalità

Il presente Atto produce i suoi effetti a partire dalla data di sottoscrizione delle Parti e rimarrà in vigore per tutta la durata del Contratto, per le eventuali successive proroghe tecniche, fino alla cessazione delle attività svolte dal Responsabile a favore del Titolare, indipendentemente dalla causa di detta cessazione. Inoltre, fermo il diritto del Titolare di revocare, in qualsiasi momento e senza

bisogno di motivazione, l'affidamento del Trattamento al Responsabile e/o la sua stessa nomina, il Trattamento, fatto salvo ogni eventuale obbligo di legge e/o contenzioso, avrà una durata non superiore a quella necessaria al raggiungimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Art. 4 **Modalità e istruzioni**

Le modalità e le istruzioni per il Trattamento dei Dati Personali impartite dal Titolare al Responsabile sono specificatamente indicate e declinate nel Contratto e nella presente nomina.

In particolare, ai sensi e per gli effetti della vigente Normativa *Privacy*, il Responsabile tratta i dati personali soltanto su istruzione documentata del Titolare del trattamento, anche in caso di trasferimento di dati personali verso un Paese terzo o un'organizzazione internazionale, salvo che lo richieda il diritto dell'Unione o nazionale cui è soggetto il Responsabile del trattamento. In tal caso, il Responsabile del trattamento informa il Titolare del trattamento circa tale obbligo giuridico prima del trattamento, a meno che il diritto vieti tale informazione per rilevanti motivi di interesse pubblico.

In ragione della presente nomina, il Responsabile ha l'obbligo di attenersi, tra l'altro, alle seguenti istruzioni:

- deve nominare formalmente tutte le persone autorizzate al trattamento dati (c.d. Incaricati), conferendo incarico scritto ai propri dipendenti e/o collaboratori che, sulla base delle relative competenze, effettuano i trattamenti di dati personali di competenza del Titolare e deve vigilare costantemente sull'operato degli stessi. Grava sul Responsabile la tenuta, la conservazione e l'archiviazione degli atti di nomina degli incaricati/persone autorizzate al trattamento dei dati. Tale documentazione è messa a disposizione del Titolare e/o dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali a semplice richiesta. Nel caso di accesso al sistema informatico del Titolare spetta esclusivamente a quest'ultimo fornire ai singoli incaricati le relative credenziali personali. Resta onere del Responsabile comunicare eventuali aggiornamenti della lista degli incaricati di sua competenza;
- deve garantire che le persone autorizzate al trattamento dei dati personali siano costantemente formate e informate in materia di tutela della riservatezza e dei dati personali e si siano impegnate alla riservatezza nello svolgimento dei propri compiti lavorativi o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza;
- laddove applicabile in ragione dell'attività oggetto del Contratto, il Responsabile è tenuto, nell'ambito della propria organizzazione e con riferimento ai dati trattati per conto della Fondazione PTV – Policlino Tor Vergata a dare piena esecuzione al Provvedimento "Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema" del 27 novembre 2008 (G.U. n. 300 del 24 dicembre 2008) come modificato in base al provvedimento del 25 giugno 2009. In particolare, spetta al Responsabile che in tal senso si impegna a:
 - o Valutare attentamente le caratteristiche soggettive dei soggetti cui conferire la nomina ad Amministratore di Sistema.
 - o Procedere ad effettuare la designazione individuale dei soggetti ritenuti idonei al ruolo di Amministratore di Sistema. La nomina deve recare l'elencazione analitica degli ambiti di operatività consentiti in base al profilo di autorizzazione assegnato.
 - o Mantenere aggiornato e disponibile per la Fondazione e per il Garante un documento interno riportante gli estremi identificativi di tutte le persone fisiche nominate Amministratori di

Sistema con l'elenco delle funzioni ad essi attribuite.

- o Procedere, con cadenza almeno annuale, alla verifica dell'operato degli Amministratori di Sistema in modo da controllare la sua rispondenza alle misure organizzative, tecniche e di sicurezza rispetto ai trattamenti dei dati personali previste dalle norme vigenti.
 - o Adottare, laddove non già disponibile presso la Fondazione, un sistema idoneo alla registrazione degli accessi logici (autenticazione informatica) ai sistemi di elaborazione e agli archivi elettronici da parte degli Amministratori di Sistema. Le registrazioni (*access log*) devono avere caratteristiche di completezza, inalterabilità e possibilità di verifica della loro integrità adeguate al raggiungimento dello scopo di verifica per cui sono richieste e devono essere conservate per un anno.
 - o Consentire alla Fondazione di effettuare ogni necessaria verifica circa il puntuale rispetto delle istruzioni che precedono in riferimento agli Amministratori di Sistema;
- deve vigilare attentamente affinché il trattamento che gli viene demandato sia effettuato nei termini e nei modi stabiliti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i provvedimenti e le linee guida emanate dalle Autorità di controllo, delle procedure adottate dal Titolare e nel rispetto delle presenti istruzioni, anche in caso di trasferimento di dati personali verso un Paese terzo o un'Organizzazione internazionale nei limiti sanciti dal Regolamento; deve verificare e monitorare costantemente che il trattamento dei dati avvenga effettivamente in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione, assicurando che, fatti salvi eventuali obblighi di legge e/o contenzioso, i dati non siano conservati per un periodo superiore a quello necessario per gli scopi del trattamento medesimo;
- tenendo conto dello stato dell'arte e dei costi di attuazione, nonché della natura, dell'oggetto, del contesto e delle finalità del trattamento, come anche del rischio di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il Responsabile mette in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, anche al fine di soddisfare possibili richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato, nonché per garantire il rispetto degli obblighi di cui agli artt. da 32 a 35 compresi del Regolamento, relativi alla sicurezza del trattamento, alla notifica ed alla comunicazione di una violazione dei dati personali e alla valutazione di impatto sulla protezione dei dati. A questo fine, il Responsabile deve:
- o crittografare o quantomeno pseudonimizzare i dati di cui la Fondazione è titolare;
 - o verificare costantemente l'efficacia delle misure di sicurezza adottate in conformità alla normativa vigente ed in linea con aggiornamenti e/o a eventuali perfezionamenti tecnici, che si rendano disponibili nel settore informatico;
 - o relazionare annualmente, ove richiesto, sulle misure di sicurezza adottate ed allertare immediatamente il Titolare in caso di situazioni anomale o di emergenza;
 - o accettare il diritto del Titolare alla verifica periodica dell'applicazione delle norme di sicurezza adottate (audit) ed assoggettarsi ad esso;
 - o eseguire gli ordini del Garante o dell'Autorità Giudiziaria, salvo che il Titolare abbia tempestivamente comunicato la propria volontà di promuovere opposizione nelle forme di rito;
 - o procedere all'immediata segnalazione al Titolare di eventuali casi, anche solo presunti, di violazione di dati personali (da intendersi come tale la violazione di sicurezza che comporti accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati), in linea

con le norme e le procedure interne vigenti;

- il Responsabile deve verificare periodicamente l'esattezza e l'aggiornamento dei dati che tratta per conto del Titolare, nonché la loro pertinenza, completezza, non eccedenza e necessità rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- il Responsabile, quando richiesto, deve mettere immediatamente a disposizione del Titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui al Regolamento consentendo e collaborando alle periodiche attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate dal Titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato;
- il Responsabile deve informare immediatamente il Titolare del trattamento qualora, a suo parere, un'istruzione da questi ricevuta violi il Regolamento o altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati;
- il Responsabile deve tenere il Registro delle attività di trattamento svolte per conto del Titolare del trattamento ai sensi del comma 2 dell'art. 30 del Regolamento mettendolo immediatamente a disposizione di quest'ultimo e/o del Garante a semplice richiesta;
- il Responsabile assume con la sottoscrizione del presente Atto, specifico obbligo legale di riservatezza e confidenzialità nonché l'obbligo di concordare con il Titolare il corretto riscontro all'esercizio dei diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento;
- il Responsabile deve garantire che nella propria organizzazione ogni accesso informatico ai dati trattati per conto del Titolare richieda l'assegnazione ad ogni incaricato di una specifica utenza individuale che abiliti al solo trattamento delle informazioni necessarie al singolo per lo svolgimento della propria attività lavorativa verificando almeno annualmente la permanenza in capo all'incaricato del relativo profilo di autorizzazione al trattamento;
- nel processo di autenticazione, il Responsabile deve prevedere l'inserimento di un codice identificativo dell'incaricato associato a una parola chiave riservata (*password*) di adeguata complessità (almeno 8 caratteri alfanumerici), comunicata all'incaricato in modalità riservata e modificata dallo stesso al primo utilizzo e successivamente con cadenza almeno trimestrale;
- il Responsabile deve fornire istruzioni per non consentire che due o più Incaricati al trattamento accedano ai sistemi, simultaneamente o in maniera differita, utilizzando il medesimo identificativo utente;
- il Responsabile deve fare in modo che ogni incaricato, al fine di proteggere la sessione di lavoro da utilizzi non autorizzati in sua assenza, non lasci mai incustodito e accessibile lo strumento elettronico;
- il Responsabile deve effettuare il salvataggio dei dati con finalità di backup e disaster recovery con cadenza adeguata al trattamento e comunque prima di procedere al riutilizzo per altri scopi dei supporti di memorizzazione nel caso fosse necessario conservare le informazioni contenute negli stessi;
- il Responsabile deve proteggere i dati personali trattati per conto del Titolare contro il rischio di intrusione e dell'azione di programmi, mediante l'attivazione di adeguati strumenti elettronici da aggiornare con cadenza almeno settimanale;
- il Responsabile deve aggiornare periodicamente e, comunque, almeno annualmente, i programmi per elaboratore con interventi volti a prevenire la vulnerabilità di strumenti elettronici e a correggerne difetti;
- il Responsabile deve adottare adeguate misure per garantire il ripristino dell'accesso ai dati in caso di danneggiamento degli stessi o degli strumenti elettronici, in tempi certi compatibili con i diritti degli interessati e, comunque, non superiori a sette giorni;
- nell'ambito del trattamento dei documenti cartacei, il Responsabile deve:
 - o individuare e configurare i profili di autorizzazione, per ciascun incaricato e/o per classi omogenee di incaricati, in modo da limitare l'accesso ai soli dati necessari per effettuare le

operazioni di trattamento;

- o periodicamente e comunque almeno annualmente, verificare la sussistenza in capo agli incaricati delle condizioni per la conservazione per i profili di autorizzazione;
 - o identificare gli eventuali soggetti ammessi ad accedere a categorie particolari di dati personali al di fuori dell'orario di lavoro;
 - o identificare e comunicare agli incaricati gli archivi dove riporre i documenti contenenti i dati personali e/o categorie particolari di dati (armadi, stanze, casseforti, ecc.);
 - o prevedere, ove possibile, la conservazione dei documenti contenenti dati personali di categorie particolari (i.e. sensibili e/o giudiziari) separata dai documenti contenenti dati personali comuni;
 - o verificare la corretta esecuzione delle procedure di distruzione dei documenti, quando non più necessari o quando richiesto dall'interessato;
- il Responsabile, al pari dei propri incaricati, deve inoltre:
- o trattare i dati personali e/o le categorie particolari degli stessi secondo il principio di limitazione della finalità, ovvero unicamente per lo scopo per cui sono stati raccolti;
 - o non diffondere o comunicare i dati personali e/o le categorie particolari degli stessi a soggetti non autorizzati al trattamento;
 - o non lasciare incustoditi documenti contenenti i dati personali e/o le categorie particolari degli stessi durante e dopo l'orario di lavoro;
 - o non lasciare in luoghi accessibili al pubblico i documenti contenenti i dati personali e/o le categorie particolari degli stessi;
 - o riporre i documenti negli archivi quando non più operativamente necessari;
 - o limitare allo stretto necessario l'effettuazione di copie dei suddetti documenti.

Art. 5

Obblighi e doveri del Responsabile del trattamento

Il Responsabile, al momento della sottoscrizione del presente Atto, dichiara e garantisce di possedere una struttura ed una organizzazione adeguata per l'esecuzione dei Servizi e si impegna a mantenerla adeguata alla delicatezza della nomina, garantendo il pieno rispetto (per sé e per i propri dipendenti e collaboratori interni ed esterni) delle istruzioni sul trattamento dei dati personali specificatamente indicate e declinate nel Contratto e nella presente nomina, oltre che della Normativa *Privacy*.

Art.6

Tipologie di dati, finalità e categorie di interessati

Il Responsabile svolge per conto del Titolare le attività di Trattamento dei Dati Personali relativamente alle tipologie, alle finalità ed alle categorie di soggetti esplicitate nel Contratto, parte integrante e sostanziale del presente Atto di nomina e come di seguito indicato.

Oggetto del trattamento	
Finalità del trattamento	
Categorie di interessati	<input type="checkbox"/> Assistiti / Utenti <input type="checkbox"/> Clienti <input type="checkbox"/> Collaboratori esterni <input type="checkbox"/> Consulenti <input type="checkbox"/> Fornitori <input type="checkbox"/> Personale universitario strutturato <input type="checkbox"/> Personale dipendente e convenzionato <input type="checkbox"/> Personale non dipendente ma operante presso il PTV <input type="checkbox"/> Specializzandi, studenti e affini <input type="checkbox"/> Visitatori <input type="checkbox"/> Altro _____
Categorie di dati	<input type="checkbox"/> Identificativi <input type="checkbox"/> Immagini e/o video <input type="checkbox"/> Economici e reddituali <input type="checkbox"/> Dati relativi alla salute <input type="checkbox"/> Biometrici <input type="checkbox"/> Genetici <input type="checkbox"/> Giudiziari <input type="checkbox"/> Altre categorie di dati particolari <input type="checkbox"/> Altro _____

Art.7***Nomina di ulteriori responsabili***

In esecuzione e nell'ambito dei Servizi, il Responsabile, ai sensi dell'art. 28 comma 2 del GDPR, è autorizzato, salva diversa comunicazione scritta del Titolare, a ricorrere alla nomina di Ulteriori Responsabili ad esso subordinati, previo esperimento delle necessarie procedure di selezione dei fornitori applicabili di volta in volta.

Il Responsabile è tenuto, in sede di individuazione degli eventuali Ulteriori Responsabili e/o della loro sostituzione, ad informare preventivamente il Titolare, al fine di consentire a quest'ultimo, in attuazione dell'art. 28 comma 2 summenzionato, di poter manifestare eventuale formale opposizione alla nomina entro e non oltre il congruo termine di 20 (venti) giorni dalla ricezione della comunicazione. Decorso detto termine, il Responsabile potrà procedere all'effettuazione delle nomine, normativamente previste, nei confronti degli Ulteriori Responsabili individuati.

La nomina di un Ulteriore Responsabile da parte del Responsabile sarà possibile a condizione che sull'Ulteriore Responsabile siano imposti, mediante un contratto o un altro atto giuridico a norma del diritto dell'Unione o degli Stati membri, gli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente Atto, incluse garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e

organizzative adeguate in modo tale che il Trattamento soddisfi i requisiti richiesti dalla Normativa *Privacy*.

Qualora l'Ulteriore Responsabile ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, il Responsabile iniziale conserva nei confronti del Titolare l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi dell'Ulteriore Responsabile.

Il Responsabile, infine, si obbliga a comunicare al Titolare, con cadenza annuale, eventuali modifiche ed aggiornamenti dei trattamenti di competenza dei propri Ulteriori Responsabili.

Art.8

Trasferimento dei dati al di fuori dell'Unione Europea

Nella misura in cui i Dati Personali riguardino soggetti che si trovano nello Spazio Economico Europeo (SEE) e il Responsabile o suoi sub-Responsabili, nell'esecuzione delle attività loro demandate, esportino i suddetti dati al di fuori dell'Unione Europea, il Responsabile si impegna a rispettare quanto previsto ai sensi dell'art. 44 e ss. del GDPR. In mancanza di una decisione di adeguatezza (ex. art.45 del GDPR) il Responsabile fornirà la necessaria protezione adottando alternative garanzie adeguate (ex art. 46 GDPR) quali la sottoscrizione con il Titolare delle Clausole Contrattuali Standard, approvate con la decisione della Commissione europea 2021/914/UE, o, alternativamente, il Responsabile si impegna ad inviare al Titolare copia delle clausole in essere e sottoscritte con i suoi Sub Responsabili.

Art.9

Vigilanza, sanzioni e responsabilità

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28, comma 3 del *GDPR*, al fine di vigilare sulla puntuale osservanza della Legge Applicabile e delle istruzioni impartite al Responsabile, il Titolare, anche tramite il proprio Responsabile della Protezione Dati e/o altro soggetto allo scopo individuato, potrà effettuare periodiche azioni di verifica. Tali verifiche, che potranno anche comportare l'accesso a locali o macchine e programmi del Responsabile, potranno aver luogo a seguito di comunicazione da parte del Titolare, da inviare con un preavviso di almeno cinque giorni lavorativi. Nell'ambito di tali verifiche, il Responsabile fornirà l'assistenza ed il supporto necessario, rispondendo alle richieste del Titolare, in relazione ai dati e ai trattamenti rispetto ai quali ha valore il presente atto di nomina.

Le Parti del presente Atto sono soggette, da parte dell'Autorità di controllo, alle sanzioni pecuniarie ai sensi dell'art. 83 del GDPR. Ferma restando l'applicazione di tale norma e, in generale, della Normativa *Privacy*, il mancato rispetto delle funzioni delegate e delle istruzioni impartite al Responsabile ovvero la violazione delle condizioni prescritte, darà luogo - anche in relazione a quanto previsto dal Contratto - all'applicazione di penali e/o alla risoluzione del Contratto.

Il Responsabile assume piena responsabilità diretta verso gli Interessati per i danni subiti derivanti da inadempimento o da violazione delle istruzioni legittime del titolare.

Il Responsabile si obbliga a manlevare il Titolare e tenere quest'ultimo indenne da qualsiasi tipo di conseguenza, sia civile sia amministrativa, responsabilità, perdita, onere, spesa, danno o costo da quest'ultimo sopportato che sia la conseguenza di comportamenti a attribuibili al Responsabile, ovvero di violazioni agli obblighi o adempimenti prescritti dalla Normativa *Privacy* ovvero di inadempimento delle pattuizioni contenute nel presente Atto di nomina, ovvero dei compiti assegnati dal Titolare.

Art. 10
Disposizioni Finali

Il presente Atto di nomina, in uno col Contratto, deve intendersi quale contratto formale che lega il Responsabile al Titolare del trattamento e che contiene espressamente le Istruzioni documentate del Titolare, le modalità di gestione dei dati, la durata, la natura, la finalità del trattamento, il tipo di dati personali e le categorie di interessati, nonché gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento, così come le responsabilità in ambito *privacy*.

Con la sottoscrizione, il Responsabile accetta la nomina e si dichiara disponibile e competente alla piena attuazione di quanto nella stessa previsto.

La presente nomina ha carattere gratuito e ha durata pari alla durata del Contratto a cui accede o, comunque, dell'atto giuridicamente vincolante che ne forma presupposto indefettibile e, fermo quanto indicato al precedente art. 3, si intenderà, pertanto, revocata al venir meno dello stesso, indipendentemente dalla causa, ovvero, in qualsiasi momento, per insindacabile decisione del Titolare.

Roma, alla data della sottoscrizione digitale.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE

Il Titolare

Fondazione PTV – Policlinico Tor Vergata

Il Legale rappresentante

Il Responsabile



Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza

DIREZIONE GENERALE

Codice documento e Revisione

DUVRI

Rev. 1

Pagina 1 di 30

Documento preliminare di Valutazione dei Rischi da Interferenza per l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata di Roma

Causale preparazione/modifica documento: Aggiornamento DVR		
Redazione documento di valutazione dei rischi da interferenza		
Data 01/08/2025	Redazione Servizio di Prevenzione e Protezione Responsabile	Validazione Datore di Lavoro Commissario Straordinario
	Dr. Giovanni Donadio Servizio di Prevenzione e Protezione	Prof. Ferdinando Romano

OGGETTO DELL'APPALTO

L'appalto ha per oggetto l'affidamento del servizio di assistenza fiscale e tecnico contabile, nonché attività di Internal Auditor con riguardo alle attività dei PAC di cui alla DGR n. 938 del 15.11.2024, finalizzato alla gestione delle attività contabili e di bilancio del Policlinico PTV Policlinico Tor Vergata per la durata di 24 mesi

PREMESSA

Ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e ss. mm e ii. il datore di lavoro in caso di affidamento di attività all'interno della propria azienda a lavoratori esterni deve fornire agli stessi dettagliate informazioni inerenti i rischi specifici presenti nell'ambiente ove codesti sono destinati ad operare e sulle misure di emergenza da adottare all'interno dei locali di lavoro (art.26 D.Lgs.81/2008 e s.m.i.). Il presente documento mira pertanto ad individuare: - i principali rischi per la salute e la sicurezza presenti in azienda ai quali i lavoratori delle ditte appaltatrici, i prestatori d'opera e di lavoro somministrato possono essere esposti durante lo svolgimento della loro attività presso il PTV e le modalità comportamentali e/o procedure da adottarsi in forma preventiva e precauzionale; - le misure organizzative predisposte in caso di emergenza ed evacuazione; - le principali indicazioni e disposizioni che le ditte ed i prestatori d'opera devono seguire per ridurre i disagi ed i rischi per i dipendenti, i pazienti ed i visitatori e per la tutela del patrimonio del PTV. Tenuto conto delle peculiarità delle diverse aree ospedaliere, le ditte ed i prestatori d'opera dovranno acquisire di volta in volta informazioni specifiche sui rischi presenti nell'ambiente sede di lavoro attingendo allo specifico documento Duvri redatto dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale della Committente, nonché rivolgendosi ai Dirigenti e/o ai Preposti al momento dell'accesso nei locali e prima dell'avvio dei lavori.

Nello svolgimento delle loro mansioni i lavoratori delle ditte appaltatrici dovranno

- ridurre al minimo livello possibile la durata e l'intensità delle lavorazioni che producono rumore
- interrompere le attività ove richiesto, per motivi organizzativi o per esigenze legate alla tutela dei pazienti
- procedere con attenzione nella movimentazione dei materiali - separare con transenne o simili le zone rischiose
- mantenere una velocità limitata negli spostamenti con mezzi operativi - aumentare la visibilità e la identificazione dei mezzi (es. fari accesi o luci lampeggianti)
- utilizzare ove possibile segnalazioni acustiche o visive - rispettare la segnaletica stradale esposta
- nel caso si provochino danni seguire le procedure relative.

Nel caso dovessero verificarsi impedimenti di varia natura al normale svolgimento del lavoro si consiglia di fare riferimento ai Dirigenti o ai Preposti dell'area interessata per segnalare i problemi riscontrati.



Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza

DIREZIONE GENERALE

Codice documento e Revisione

DUVRI

Rev. 1

Pagina 3 di 30

In caso di infortuni accaduti a propri dipendenti, l'appaltatore deve assolvere agli adempimenti previsti dalle vigenti disposizioni esistenti in materia, informando contestualmente il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione del sito per il tramite del DEC.

Il datore di lavoro dell'appaltatore è tenuto ad informare tutti gli addetti delle procedure, istruzioni, norme e regolamenti definite in questo documento. E' fatto anche obbligo trasferire le informazioni contenute nel presente documento ad eventuali ditte in subappalto. L'appaltatore risponderà anche per eventuali inadempienze di subappaltatori.

1. DATI IDENTIFICATIVI DELLA FONDAZIONE

Ragione Sociale Azienda	AOU Policlinico Tor Vergata - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata
Partita IVA/Codice Fiscale	C.F.: 97503840585 P. IVA 10110821005 IT
Sede legale	Viale Oxford, 81 - 00133 Roma
Centralino	06 20901
Fax	06 20900018
e-mail (per il pubblico)	info@ptvonline.it relazioni.pubblico@ptvonline.it
Posta Elettronica Certificata	protocollo@ptvonline.postecert.it
Sito Web Internet	www.ptvonline.it
Sito Web Intranet (uso aziendale)	http://intranetptv/
Attività	Diagnosi, Assistenza, Cura, Didattica e Ricerca in ambito sanitario
Codice ATECO 2007 ISTAT	86.10.30 - istituti clinici e policlinici universitari
Localizzazione territoriale	Municipio VI
ASL di riferimento	ASL RM 2

Strutture convenzionate	Laboratorio Galenico dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (Roma)
Numero di dipendenti (totale)	2.888 (dati ricevuti da UOC Gestione del Personale e da Direzione Sanitaria)
Numero di dipendenti appartenenti a categorie protette e/o con disabilità	25 (dati ricevuti da UOC Gestione del Personale)
Commissario Straordinario D.R. n.T00099 del 11/07/2025 (del. Del CDA del 16/07/2025) (Datore di lavoro ai sensi dell'art. 18 D. Lgs. 81/08)	Prof. Ferdinando Romano Tel. +39 06 20900026 - 20900060

2. STRUTTURE E SOGGETTI PER LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI RISCHI LAVORATIVI

Datore di Lavoro	Commissario Straordinario : Prof. Ferdinando Romano D.R. n.T00099 del 11/07/2025 (Del. del CDA del 16/07/2025) Email : direzione.generale@ptvonline.it Tel. +39 06 20900026 - 20900060
Servizio di Prevenzione e Protezione (Interno all'organizzazione aziendale, come da obblighi previsti dall'art.31, comma 1, lettera g)	Internet (pubblico) http://www.ptvonline.it/pr_osp_sicuro.asp Intranet (aziendale) http://intranetptv/index.php?pagid=21 Email: spp.informa@ptvonline.it
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (art. 32 D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.)	Dr. Giovanni Donofrio Tel. +39 06 20908432
Addetti del Servizio Prevenzione e Protezione	Dott.ssa Daniela Fraboni Dott.ssa Rosely Cruz Lima Dott.ssa Cristina Conversi Dott. Andrea De Santis
Medico Autorizzato (art.38 D. Lgs.81/08 e ss.mm.ii.)	(deliberazione del 19/04/2008 n° 436) <ul style="list-style-type: none"> Prof. Andrea Magrini (Coordinatore) Prof. Luca Coppeta Tel. +39 06 20902201
Medico Competente (art.38 D. Lgs.81/08 e ss.mm.ii.)	(deliberazione del 19/04/2008 n° 436) <ul style="list-style-type: none"> Prof. Andrea Magrini (Coordinatore) Prof. Luca Coppeta Dott.ssa Giuseppina Rita Somma Dott.ssa Laura De Santis Tel. +39 06 20902201

Fisico Medico Del. N.1108 del 23/12/2021	Dott.ssa Anna Russo a.russo@mardel.it
Addetto alla sicurezza laser (capo V, art. 216 del D. Lgs.81/08 e ss.mm.ii.) Del. N.1108 del 23/12/2021	Dott.ssa Anna Russo a.russo@mardel.it
Esperto per la radioprotezione (art. 77 del D. Lgs. 101/2020 e ss.mm.ii.)	(con deliberazione del 29/10/2018 n° 991 è stata affidato il servizio alla società Mardel s.r.l.) Ing. Marco Martellucci m.martellucci@mardel.it
Esperto Responsabile per la Risonanza Magnetica (DM 2/8/1991 – allegato 1 lettera e punto 6 ed allegato 3, quadro 4.10)	(con deliberazione del 29/10/2018 n° 991 è stata affidato il servizio alla società Mardel s.r.l.) Ing. Marco Martellucci m.mardel@mardel.it
Rappresentanti lavoratori per la sicurezza (Art.47 D. Lgs.81/08)	<ul style="list-style-type: none"> • Michele Angelo De Stefano • Rosario Esposito • Marcello Masilli • Davide Mento • Valentino Piazza • Massimiliano Ricci
Addetti Antincendio (Art.18 comma 1 lettera b)	Il servizio si avvale di una ditta esterna specializzata. (contratto di affidamento alla società EVOLVE Consorzio Stabile – Del. 749/22 del 15/07/2022)
Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (art. DM 19/03/2015)	Arch. Mirella Guerra (provvedimento incarico con delibera n.647 del 09/05/2025)

3.IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI SPECIFICI E COORDINAMENTO

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
Valutazione dei Rischi derivanti dalle caratteristiche generali delle strutture e degli impianti	Energia elettrica	Valutazione del Rischio Elettrico (compreso l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali) Valutazione del Rischio da Impianti di servizio	Possibilità che durante l'interazione, intenzionale o causale, con impianti elettrici, parti di essi e accessori, così come durante la manipolazione o l'utilizzo di apparecchiature connesse all'impianto elettrico o alimentate a batteria si possano determinare situazioni di	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria (Diversificata a seconda dei contesti) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			pericolo quali: esposizioni del corpo a corrente elettrica; innesco di materiale e sostanze combustibili e comburenti; interazioni avverse con altri macchinari.		
	Impianti per la distribuzione di gas medicinali e tecnici, anche sotto pressione	Valutazione del Rischio da Impianti di servizio	Possibilità di eventi accidentali, con risvolti infortunistici e nel campo delle emergenze non sanitarie (esplosioni, incendi, urti accidentali, etc., correlati alla presenza di impianti di gas medicinali e tecnici, anche mobili e sottopressione. Possibilità di intossicazioni o altre fenomeni patologici correlati all'esposizione a gas medicinali o tecnici.	<ul style="list-style-type: none"> • Locali tecnici • Locali sanitari (<i>Diversificata a seconda dei contesti</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Professioni sanitarie • Personale tecnico • Secondo il proprio ambito di competenza
	Illuminazione	Valutazione dei Rischi correlati all'illuminazione	Possibilità che una illuminazione non appropriata influenzi negativamente l'ergonomia dell'attività lavorativa, ovvero l'accuratezza e la precisione delle performance lavorative, con risvolti anche infortunistici, nonché la capacità del lavoratore di accorgersi tempestivamente delle situazioni pericolose. Capacità dell'illuminazione degli ambienti di lavoro di influenzare alcuni determinanti della salute, in relazione al <i>discomfort</i> visivo ma anche allo stress.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria (<i>Diversificata a seconda dei contesti</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza
	Conformità delle superfici di calpestio e degli elementi che si possono incontrare durante gli spostamenti.	Valutazione del rischio di cadute in piano, cadute da altezza inferiori a 2 metri e urti accidentali	Possibilità che elementi propri delle superfici di calpestio possono causare traumi e lesioni dovuti a cadute accidentali lungo vie di percorrenza e/o all'interno dei luoghi di lavoro. Possibilità di urti dovuti a elementi strutturali, ambientali, oggetti, gravi	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria (<i>Diversificata a seconda dei contesti</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			taglienti (non contaminati) che durante il loro utilizzo o la loro mobilizzazione.		
	Infissi ed elementi strutturali, fissi o mobili	Valutazione del Rischio di eventi accidentali con infissi e altri elementi strutturali	Possibilità che elementi strutturali fissi o mobili (ad es. porte scorrevoli) ed infissi possano determinare urti accidentali, sia in caso di funzionamento che di malfunzionamento.	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitaria laddove presenti elementi strutturali fissi o mobili <i>(Diversificata a seconda dei contesti)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tutti Secondo il proprio ambito di competenza
	Sostanze esplosive (gas o polveri)	Rischio da atmosfere esplosive	Possibilità di rilasci di energia termica improvvisa, rapida e violenza dovuta all'innesco di reazioni chimiche dovuto a sollecitazioni meccaniche (urti) o termiche (incendi, scintille elettriche).		
	Scariche atmosferiche	Rischio da scariche atmosferiche	Possibilità che la fulminazione di strutture (o di linee connesse alle strutture) determini un danno alle strutture stesse, agli impianti, alle persone che vi si trovino.	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Tutti
	Agenti inquinanti in ambienti confinati	Rischio da ambienti confinati o a sospetto rischio di inquinamento	Possibilità che lavoratori che operano in ambienti confinati (ad esempio pozzi neri, fogne, camini, fosse, gallerie e in generale in ambienti e recipienti, condutture, caldaie e simili), siano esposti a gas deleteri eventualmente rilasciati, senza che sia stata previamente accertata l'assenza di pericolo, ovvero senza previo risanamento dell'atmosfera mediante ventilazione o altri mezzi idonei.	<ul style="list-style-type: none"> Aree non consegnate al PTV di pertinenza della Università Tor Vergata. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavoratori di ditte esterne di manutenzione, di gestione delle emergenze.
Valutazione del rischio di Emergenze sanitarie			Qualsiasi situazione di pericolo grave, in atto o molto prossima, in un'area o un settore dell'ospedale (ad es. un compartimento, un reparto) che possa	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitaria <i>(Diversificata a seconda dei contesti)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Tutti Secondo il proprio ambito di competenza

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			rappresentare un rischio per le persone che si trovano nel Policlinico Tor Vergata e che impone particolari misure, di ordine per lo più collettivo. Rientrano nelle condizioni di emergenza non sanitaria eventi quali: principio di incendio, incendio, fumo nei locali, esplosione, crollo di strutture, allagamento, fuga di gas, terremoto, caduta di aeromobile etc.		
	Gestione e utilizzo di sostanze combustibili	Rischio incendio	Molte attività lavorative si realizzano anche utilizzando prodotti combustibili quali ad esempio disinfettanti, solventi, reagenti, fissativi, sostanze includenti (come la paraffina) che possono avere potere calorifero vicino a sostanze quali la benzina.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria per le attività sanitarie <i>(Diversificata a seconda dei contesti)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza
	Atti terroristici	Valutazione del Rischio atti terroristici	Possibilità che l'ambiente di lavoro diventi obiettivo di un atto terroristico.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria <i>(Diversificata a seconda dei contesti)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza
	Condizioni meteorologiche e avverse	Valutazione dei Rischi da condizioni meteorologiche avverse	Possibilità che condizioni meteorologiche avverse (piogge, nevicate intense, grandinate e, gelo) determinino situazioni che pongano a rischio l'incolumità delle persone che operano e utilizzano gli ambienti del PTV.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria <i>(Diversificata a seconda dei contesti)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza
Valutazione generale dei rischi organizzativi	Orario notturno	Valutazione del Rischio Lavoro notturno	Possibilità che l'impiego in lavori che si svolgono in orario notturno abbia un impatto sulla salute sia diretto (ritmo circadiano; relazione tra lavoro notturno e patologie specifiche; etc.) sia indiretto (calo d'attenzione, l'isolamento, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti di degenza • Quartieri operatori • Reparti di Emergenza e pronto intervento • Laboratori 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoratori/trici impiegati in lavori notturni (operatori sanitari, operatori amministrativi in reperibilità). • DUVRI: ditte esterne di Vigilanza; di gestione

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
					Antincendio
	Turnistica	Valutazione del Rischio lavoro con turni	Possibilità che il lavoratore che effettua turni di lavoro abbia un impatto negativo sulla propria salute sia diretto (stress; etc.) sia indiretto (calo d'attenzione, l'isolamento; confusione organizzativa, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti di degenza • Laboratori • Reparti operatori • Reparti di Emergenza e pronto intervento • Reparti amministrativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoratori/trici impiegati in turni (sanitari; amministrativi; tecnici). • DUVRI: ditte esterne di Vigilanza; di gestione Antincendio
	Isolamento	Valutazione del Rischio da lavoro isolato	Possibilità che una condizione di isolamento prolungato esponga un lavoratore a rischi per la propria salute sia diretti sia nella eventuale difficoltà di ricevere soccorso in caso di bisogno.	<ul style="list-style-type: none"> • Archivio Anatomia Patologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Incaricati alla gestione e all'accesso all'Archivio di Anatomia Patologica.
	Persone non autorizzate	Valutazione del Rischio relativo all'accesso e alla presenza di persone non autorizzate negli ambienti PTV	Possibilità che l'accesso e la presenza di persone non autorizzate in ambienti controllati del PTV possa determinare un danno alle persone e ai beni.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitaria (<i>Diversificata a seconda dei contesti</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti • Secondo il proprio ambito di competenza
	Attività clinica, diagnostica ed assistenziale svolta in regime libero-professionale entro gli ambiti di pertinenza del PTV	Valutazione del Rischio relativo alle attività intramoenia	Contestualizzazione e monitoraggio della VdR rispetto alle specifiche organizzative, procedurali e tecniche delle attività intramoenia.	<ul style="list-style-type: none"> • Locali sanitari e di accoglienza 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale impiegato direttamente o a supporto diretto nelle attività di intramoenia.
	Attività di sperimentazione e clinica che comporta l'utilizzo anche di fattori di pericolo nuovi.	Valutazione dei Rischi relativi alle attività di sperimentazioni clinica	Possibilità che sostanze, apparecchiature, metodiche e tipologia di pazienti impiegati nelle sperimentazioni cliniche possano determinare un rischio per i lavoratori impiegati.	<ul style="list-style-type: none"> • U.O. che ricevono l'autorizzazione ad effettuare studi clinici (<i>diversificata a seconda dei contesti</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale impiegato direttamente o a supporto diretto nelle attività di sperimentazione clinica.
	Eventi a carattere collettivo di notevole intensità	Valutazione dei Rischi relativi a grandi eventi eccezionali	Possibilità che eventi che coinvolgono un grande numero di persone (ad esempio, celebrazioni, adunate, concerti) determinino un impatto significativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti di degenza • Reparti operatori • Reparti di Emergenza e pronto 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori sanitari • Operatori addetti all'accoglienza • DUVRI: vigilanza, antincendio

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			sull'organizzazione e sulla natura e sulla modalità di lavoro del PTV tale da comprometterne l'ordinario funzionamento.	intervento • Reparti amministrativi e di accoglienza	
Valutazione dei Rischi di interferenza derivanti dalle attività lavorative affidate a soggetti esterni (art. 26,D Lgs 81/08)	Tutti i rischi derivanti da interferenze correlati all'affidamento di attività all'interno dell'Azienda o dell'unità produttiva, evidenziati nel DUVRI (ad es. sovrapposizioni di più attività svolte ad opera di appaltatori diversi; rischi immessi nel luogo di lavoro del committente dalle lavorazioni dell'appaltatore; rischi esistenti nel luogo di lavoro del committente, ove è previsto che debba operare l'appaltatore, etc.)	Valutazione del Rischio relativo alla presenza di personale esterno o società esterne e autorizzate all'accesso negli ambienti PTV	Rischi da interferenze fra le attività affidate ad appaltatori e lavoratori autonomi, e loro eventuali subcontraenti, e le attività svolte nello stesso luogo di lavoro dal Committente.	• Ubiquitaria (Diversificata a seconda dei contesti)	• Società ed operatori esterni
Diversity management nella valutazione dei rischi	Caratteristiche di genere	Valutazione del Rischio in ottica di genere	Possibilità che le caratteristiche relative al proprio genere, sia a livello biologico sia a livello socio-culturale, aumentino l'esposizione ad un rischio lavorativo, ne incrementino l'impatto e il danno, ne diminuiscano la rilevabilità.	• Ubiquitaria	• Tutti
	Caratteristiche socio-culturali	Valutazione del Rischio e	Possibilità che le caratteristiche relative alla	• Ubiquitaria	• Tutti

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
		provenienza geografica	propria origine socio-culturale (paese di provenienza diverso da quello locale; capacità linguistica; alfabetizzazione sui diritti e doveri della società locale; etc.) determinino fenomeni avversi quali la diminuzione dell'accesso alle misure di protezione e prevenzione e l'aumento all'esposizione a rischi e pericoli.		
	Abilità cognitive, motorie, percettive	Valutazione del Rischio e lavoratori diversamente abili	Possibilità che il livello di abilità nel campo psicomotorio, cognitivo o sensoriale determini in generale una maggior esposizione a rischi lavorativi, una minore tutela dei propri diritti, un livello basso di partecipazione alla vita collettiva dell'ambiente di lavoro.	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti dove è impiegato personale con disabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amministrativi • e tecnici
	Età	Valutazione dei Rischi lavorativi e differenze di età	Possibilità che le caratteristiche individuali relative ai fenomeni dell'invecchiamento portino all'insorgenza di vulnerabilità bio-psico-sociali specifiche per l'età e per il genere, al diversificarsi dell'esposizione a rischi nell'arco della propria vita lavorativa, al presentarsi di esigenze di conciliazione vita-lavoro maggiormente articolate.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutto il personale
	Disagio psicofisico per pregressa malattia durante rientro al lavoro	Valutazione del Rischio per lavoratori in rientro dopo lunga assenza per malattia	Possibilità che le condizioni psicofisiche determinate da una lunga malattia, nonché specifiche lacune o debolezze di abilità possano ostacolare o condizionare negativamente il pieno inserimento lavorativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti dove è impiegato personale rientrato dopo una lunga assenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutto il personale
	Glutine	Valutazione del Rischio dei lavoratori con	Possibilità che lavoratori con allergie e intolleranze importanti rispetto alle	<ul style="list-style-type: none"> • Luoghi e tempi dedicati alla ristorazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutto il personale affetto da celiachia

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
		celiachia	proteine del glutine non ricevano le stesse tutele per quanto riguarda l'accesso ad alimenti conformi alle proprie caratteristiche individuali.		
Valutazione del Rischio chimico	Lattice	Valutazione del Rischio da lattice	Possibilità che l'esposizione alle proteine del lattice, presenti in alcuni dispositivi medici e materiali presenti nell'ambiente di lavoro, determini patologie di intolleranza o reazioni allergiche nel lavoratore.	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente reparti dove si utilizzano dispositivi e presidi 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario
	Particolato, fibre aereodisperse e nanoparticelle	Valutazione del Rischio da particolato, fibre aereo disperse e nanoparticelle	Possibilità che la qualità dell'aria degli ambienti di lavoro per quanto riguarda la presenza in sospensione di particolato possa determinare patologie nei lavoratori.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutto il personale
	Polveri toner	Valutazione del Rischio da polveri per utilizzo e gestione di apparecchiature informatiche, per la stampa e per la riproduzione	Possibilità che attività di manutenzione e manipolazione delle apparecchiature informatiche, per la stampa e per la riproduzione comportino esposizione dei lavoratori a polveri e sostanze nocive in sospensione nell'aria.	<ul style="list-style-type: none"> • Stanze dove sono in uso apparecchiature di questo tipo. • Luoghi dedicati alla manutenzione di questo tipo di apparecchiature 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale che utilizza questo tipo di apparecchiature • Personale che manipola per manutenzione e riparazione questo tipo di apparecchiature
	Fumi chirurgici	Valutazione Rischio Chimico e Biologico	L'utilizzo di apparecchiature laser, elettrobisturi etc per effettuare alcuni atti chirurgici provoca la produzione di un caratteristico "surgical smoke" che può contenere contaminanti chimici e biologici.	<ul style="list-style-type: none"> • Sale operatorie • Dermatologia • Ginecologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario dedicato all'esecuzione delle attività e al supporto immediato.
	Bisfenolo A	Valutazione del Rischio da Bisfenolo A	Possibilità che i lavoratori e i visitatori siano esposti a Bisfenolo A contenuto in presidi ed accessori presenti nel PTV.	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti dove si utilizzano stampanti (anche stampanti integrate in altre apparecchiature 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario • Personale amministrativo

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
) con carta termica con Bisfenolo A	
Valutazione del Rischio agenti cancerogeni e mutageni	Farmaci Pericolosi chemioterapici antitumorali	Valutazione dei Chemioterapici antitumorali	Possibilità che durante la gestione di FCA il personale addetto e altri soggetti coinvolti siano esposti a queste sostanze.	<ul style="list-style-type: none"> Reparti dove si gestiscono FCA: <ul style="list-style-type: none"> Luogo di ricezione ed eventuale conservazioni dei FCA in Farmacia. Stanza di reparto dove viene ricevuto e allestito per la somministrazione. Stanza di reparto dove viene somministrato. Stanza del reparto dove vengono smaltiti presidi e dispositivi contaminati. 	<ul style="list-style-type: none"> Personale sanitario (infermieristico e medico) e di supporto dedicato al processo di gestione (trasporto, allestimento, somministrazione e, smaltimento).
	Formaldeide	Valutazione del Rischio formaldeide	Possibilità che durante la gestione della Formaldeide utilizzata per attività istologiche e anatomo patologiche, gli operatori e altri soggetti coinvolti possano essere esposti.	<ul style="list-style-type: none"> Quartiere operatorio Anatomia patologica e istologia Gastroenterologia Broncoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> Personale sanitario (infermieristico, medico, tecnico di laboratorio) e di supporto dedicato al processo di gestione.
Valutazione del Rischio Biologico	Agenti biologici Oggetti taglienti/pungenti	Valutazione del Rischio Biologico e protezione dalle ferite da taglio e da punta	Possibilità che la manipolazione di oggetti pungenti e taglienti (soprattutto dispositivi medico-chirurgici, ad es. aghi, siringhe, bisturi, etc.) determini un danno accidentale immediato (lesione da taglio) e successivo (contaminazione con agente biologico patogeno) agli utilizzatori e altri	<ul style="list-style-type: none"> Reparti sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> Profili sanitari e di supporto. Altri soggetti presenti nei reparti dove si utilizzano oggetti pungenti e taglienti.

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			soggetti coinvolti.		
	Agenti biologici Campioni biologici	Valutazione del Rischio Biologico e gestione campioni biologici	Possibilità di avere un danno dal venire a contatto con agenti patogeni durante l'uso deliberato o non deliberato di essi, durante azioni intenzionali o eventi accidentali.	<ul style="list-style-type: none"> In termini prioritari, i Reparti dove si svolgono attività sanitarie. 	<ul style="list-style-type: none"> Profili sanitari e di supporto.
	Micobatterio della Tubercolosi	Valutazione del Rischio tubercolosi			
	Acari	Valutazione del Rischio Acariasi			
	Legionella	Valutazione del Rischio Legionella		<ul style="list-style-type: none"> Con probabilità inferiore, luoghi collegati indirettamente alle attività sanitarie (ad es. siti destinati allo stoccaggio di rifiuti; luoghi interessati da percorsi o soste di sanitari e/o di pazienti in trattamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Profili sanitari e di supporto. Visitatori, utenti, fornitori, ditte esterne.
	Agenti biologici – Virus Ebola	Valutazione del Rischio da Malattia da Virus Emorragica – Rischio Ebola			
	Agenti biologici – Zika Virus e arbovirus	Valutazione del Rischi Biologici Emergenti – Zika virus e arbovirus veicolati da vettori Aedes sp.			
	Agenti biologici – SARS-CoV2	Valutazione del Rischio da malattia COVID-19		<ul style="list-style-type: none"> In termini prioritari, i Reparti COVID-19 dove si svolgono attività sanitarie e di laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> Personale sanitario (infermieristico, medico, tecnico di laboratorio) e di supporto dedicato al processo di gestione.
	Animali	Valutazione della infestazioni animali negli ambienti di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> Tutti i reparti 	<ul style="list-style-type: none"> Tutto il personale, interno ed esterno. Altri soggetti coinvolti (ad es. utenti, visitatori, etc.) 	
Valutazione del Rischio di sovraccarico biomeccanico degli	Posizione, peso degli oggetti inanimati e frequenza di	Valutazione del Rischio da Movimentazione manuale dei	Possibilità che la movimentazione di gravi determini un danno alle strutture muscolo-	<ul style="list-style-type: none"> Luoghi/attività destinate come magazzini/archivi contenenti 	<ul style="list-style-type: none"> Priorità alta: Addetti al magazzino o allo stoccaggio

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
arti dovuta a movimenti incongrui	impiego del corpo	carichi	scheletriche.	oggetti o insieme di oggetti pesanti più di 3 kg. <ul style="list-style-type: none"> Luoghi/attività dedicate al trasporto di oggetti o insieme di oggetti pesanti più di 3 kg. 	impiegati per la maggior parte del turno lavorativo nella movimentazione di oggetti ingombranti e/o pesanti, (personale di magazzino, etc.). <ul style="list-style-type: none"> Priorità medio/bassa: Personale impiegato non continuativamente durante il turno lavorativo in attività comportati la movimentazione di gravi (personale, anche sanitario e/o di supporto, che mobilita gravi, ad es. cestelli chirurgici, accessori pesanti per macchinari come in RM, taniche con fluidi, etc.; movimentazione di faldoni per recupero documenti, e gestione archivi documentali).
	Posizione, peso della persona da movimentare e frequenza di impiego del corpo	Valutazione del Rischio da Movimentazione manuale dei pazienti	Possibilità che la movimentazione di persone collaboranti, parzialmente o non collaboranti, a fini diagnostici, assistenziali, riabilitativi, determini un danno alle strutture muscolo-scheletriche.	<ul style="list-style-type: none"> Priorità alta: reparti di degenza con numerosa e frequente presenza di pazienti parzialmente o non collaboranti ed esigenze di continue attività sanitarie. 	<ul style="list-style-type: none"> Profili sanitari impiegati in attività diagnostiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitative con pazienti parzialmente o non collaboranti.

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
				<ul style="list-style-type: none"> • Priorità media: reparti sanitari (anche diagnostici) con occasionale presenza di pazienti parzialmente o non collaboranti. 	
Valutazione del Rischio fisico	Microclima	Valutazione del Rischio da Microclima	Effetto della conformità dei parametri microclimatici a criteri di ergonomia sul benessere delle persone che vi sostano e/o vi svolgono attività, lavorative e non	<ul style="list-style-type: none"> • Ubiquitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti
	Vibrazione	Valutazione del Rischio Vibrazioni	Possibilità che l'esposizione prolungata e ricorrente a vibrazioni (oscillazioni meccaniche a specifiche frequenze) comporti lesioni alle strutture anatomiche implicate.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta priorità: Odontoiatria; ambulanze. 	<ul style="list-style-type: none"> • personale che utilizza trapani odontoiatrici e attrezzature con motori (ad es. mole per protesica); • autisti ambulanza e persone sanitario impiegato in ambulanza.
				<ul style="list-style-type: none"> • Sale operatorie e sala gessi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario che utilizza trapani, seghe a motore.
	Rumore	Valutazione del Rischio Rumore	Possibilità che l'esposizione a onde sonore al di sopra dei valori soglia per intensità e/o frequenza comporti un danno biologico.	<ul style="list-style-type: none"> • Locali con macchinari e apparecchiature che generano onde sonore al di sopra degli 80 db. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale impiegato in prossimità di macchinari e apparecchiature che generano al di sopra degli 80 db. • Personale sanitario che impiega sonicatori (TSLB per lisi cellulare)

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
	Temperatura degli oggetti/sostanze	Valutazione del Rischio di ustione per calore	Effetto dell'esposizione diretta del corpo o di parte di esso a temperature al di sopra o al di sotto sia di discomfort sia lesivi.	<ul style="list-style-type: none"> • Priorità alta: <ul style="list-style-type: none"> - Sale sterilizzazione e ambienti coinvolti nel trasporto di cestelli appena sterilizzati. - Ambiti sanitari dove si utilizzano elettrobisturi. - SPDC e reparti psichiatrici (aggressione con utilizzo di oggetti caldi/bollenti) • Priorità media: <ul style="list-style-type: none"> - Ambiti sanitari dove si utilizzano apparecchiature elettromedicali. - Ambiti sanitari dove si effettuano cure igieniche e assistenza all'alimentazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario e/o di supporto di sterilizzazione • Personale sala operatoria e Personale che impiega elettrobisturi • Personale sanitario che utilizza e/o manipola apparecchiature elettromedicali. • Personale sanitario e/o di supporto (anche amministrativo) in SPDC e reparti psichiatrici.
		Per freddo intenso		<ul style="list-style-type: none"> • Laboratori di Anatomia Patologica e Istologia, Morgue, Medicina TrASFusionale, Istituto Tissutale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario addetto alla manipolazione di materiali e/o attrezzatura per la conservazione a basse temperatura (anche con gas criogenici).
	Radiazioni ionizzanti	Valutazione del Rischio da Radiazioni Ionizzanti	<p>Le radiazioni ionizzanti sono onde elettromagnetiche o particelle sub-atomiche che, irradiando la materia, determinano la creazione di particelle cariche.</p> <p>Nel caso dell'esposizione di</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti gli ambienti in cui sono presenti apparecchiature radiogene, o dove si manipolano radioisotopi liberi (Medicina 	<ul style="list-style-type: none"> • TSRM, Medici Radiologi, Operatori (medici, infermieri) addetti ad attività di radiologia interventistica)

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
			esseri umani a radiazioni ionizzanti, le particelle cariche formatesi possono determinare, in funzione dell'entità dell'esposizione e delle modalità con cui questa avviene, danni per la salute molto gravi sia a breve che a lungo termine.	Nucleare)	<ul style="list-style-type: none"> • DUVRI: manutenzione, società di manutenzione (Philips, GE), OSS.
	Radiazioni Non ionizzanti	Valutazione del Rischio da Radiazioni non Ionizzanti	Possibilità che la natura della interazione non ionizzante con la materia possa determinare un danno negli operatori esposti.	<ul style="list-style-type: none"> • Le sale di Risonanza Magnetica, il DEA ed il blocco operatorio A, Diagnostica per immagini, Locali MOC 	<ul style="list-style-type: none"> • TSRM, Medici Radiologi, Infermieri, Neurochirurghi, Personale ambulatoriale MOC • DUVRI: manutenzione, società di manutenzione (Philips, GE), OSS.
	Radiazioni Ottiche Artificiali coerenti e non coerenti	Valutazione del Rischio da Radiazioni Ottiche Artificiali non coerenti e coerenti (LASER)	Effetto sulla materia dell'esposizione a Radiazioni Ottiche Artificiali	<ul style="list-style-type: none"> • Quartieri Operatori e Day Surgery, Oculistica, Odontoiatria, Dermatologia, Ginecologia, Diagnostica Senologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medici, Infermieri, Tecnici Sanitari di Radiologia medica
	Videoterminali	Valutazione del Rischio da utilizzo di videoterminale	Possibilità che le caratteristiche specifiche relative al lavoro con videoterminali (sia ergonomiche che in termini di organizzazione lavorativa) possano avere un impatto sulla salute e sul benessere dei lavoratori impiegati.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambienti dove si utilizzano attrezzature munita di videoterminali, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di quindici minuti ogni centoventi minuti di applicazione continuativa al VDT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale impiegato con attrezzature munita di videoterminali, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di quindici minuti ogni centoventi minuti di applicazione continuativa al VDT.
	Atmosfere iperbariche	Valutazione del Rischio di utilizzo di atmosfere	Sovraossigenazione ed esposizione a pressioni atmosferiche.	<ul style="list-style-type: none"> • Presso il PTV non sono presenti 	<ul style="list-style-type: none"> •

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
		iperbariche		Camere Iperbariche. Fino al 2016 è stato utilizzato il sistema "Hyper-box" per la terapia iperbarica del piede diabetico.	
Valutazione del Rischio da stress lavoro correlato	Agenti stressogeni relativi ad Information Technology	Valutazione del Rischio da stress correlato all'utilizzo di tecnologie informatiche – tecno stress	Effetti bio-psico-fisici sui lavoratori di agenti stressogeni IT correlati al lavoro	<ul style="list-style-type: none"> Ambiti ed ambienti dove si utilizzano apparecchiature informatiche in numero elevato e per lunghi periodi e/o continuativamente, unitamente a <i>device</i> IT portatili. 	<ul style="list-style-type: none"> Ambiti ed ambienti dove si utilizzano apparecchiature informatiche in numero elevato e per lunghi periodi e/o continuativamente, unitamente a <i>device</i> IT portatili.
	Agenti stressogeni	Valutazione Rischio Burn-out Valutazione del Rischio Suicidio	Possibilità che esperienze correlate al lavoro, in eventuale presenza di fattori di rischio individuale, determinino l'instaurarsi di sindromi da burn-out e/o progetti e azioni di tipo suicidario.	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitario, con priorità ad attività a contatto con situazioni di disagio (cronicità, morte) e di burn-out. 	<ul style="list-style-type: none"> Priorità alta: Personale – soprattutto sanitario - impiegato direttamente o di supporto in settori di alta criticità sanitaria e con alte richieste professionali psicologiche (Terapie Intensive, Sala Operatoria, Oncologia, Pronto Soccorso).
	Violenza fisica e verbale	Valutazione del Rischio di atti di violenza e di aggressione sui luoghi di lavoro	Possibilità di subire danni psicologici e/o fisici a seguito di coinvolgimento diretto od indiretto da atti di aggressione verbale e/o fisica	<ul style="list-style-type: none"> Reparti <i>front-line</i> con utenza Reparti in carenza organizzativa Pronto Soccorso, Terapie Intensiva e aree dedicate 	<ul style="list-style-type: none"> Priorità alta: Personale – soprattutto sanitario - impiegato in servizi rivolti all'utenza, con sovraffollamento e/o pressioni dall'utenza, in situazioni critiche

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
				all'emergenza • SPDC e reparti Psichiatrici	e di emergenza.
					•
Valutazione del Rischio da fumo di tabacco	Fumo di tabacco	Valutazione del rischio di esposizione a prodotti della combustione del tabacco	Possibilità di contrarre patologie e disturbi (anche acuti dovuti a reazioni di intolleranza) a prodotti della combustione.	• Ubiquitario	• Tutti
	Combustione del tabacco	Valutazione del rischio incendio per combustione del tabacco	Possibilità che si sviluppino incendi dovuti ad inneschi correlati al consumo di tabacco.	• Ubiquitario	• Tutti
Valutazione del Rischio da assunzione di alcool o di sostanze psicotrope e stupefacenti e dipendenza da essi	Stato di coscienza alterato dovuto ad alcool e/o da sostanza stupefacenti	Valutazione del Rischio da comportamento alterato e inadeguato	Possibilità che il comportamento anomalo, alterato abbia un impatto negativo sulle azioni e sulle attività della persona e degli altri.	• Ubiquitario, con priorità agli ambienti a rischio burn-out quali Reparti front-line con utenza; Reparti in carenza organizzativa; Pronto Soccorso, Terapie Intensiva e aree dedicate all'emergenza; SPDC e reparti Psichiatrici.	• Tutti, con priorità al personale impiegato in attività a rischio burn-out
	Stato di dipendenza da alcool e/o da sostanza stupefacenti	Valutazione del Rischio di sviluppare dipendenza da alcool e/o da sostanze psicotrope e stupefacenti	Possibilità che la dipendenza da alcool e da altre sostanze induca a comportamenti illeciti.	• Ubiquitario, con priorità agli ambienti a rischio burn-out quali Reparti front-line con utenza; Reparti in carenza organizzativa; Pronto Soccorso, Terapie Intensiva e aree dedicate all'emergenza; SPDC e reparti Psichiatrici. • Priorità alta ai reparti dove	• Tutti, con priorità ai personale impiegato in attività a rischio burn-out

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
				sono presenti farmaci stupefacenti.	
Lavoratrici madri	Agenti chimici, fisici, psicologici teratogeni o pericolosi per il prosieguo della gravidanza	Valutazione del rischio rispetto allo stato di gravidanza	Possibilità che fattori di rischio inerenti l'attività lavorativa, l'ambiente e le sostanze abbiano un impatto negativo sulla salute della lavoratrice in stato di gravidanza e sul nascituro.	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitario, con priorità agli ambienti a rischio biologico, radiogeno, burn-out. 	<ul style="list-style-type: none"> Tutti, con priorità al personale impiegato in attività a Rischio biologico, Radiogeno, Burn-out
Valutazione del Rischio da Attrezzature di lavoro	Attrezzature di lavoro	Valutazione del Rischio correlato all'impiego di attrezzature di lavoro	Possibilità che le condizioni di uso, la natura dell'attività, la specificità dei materiali e delle sostanze insite nelle attrezzature di lavoro e nei loro accessori possano determinare un danno agli utilizzatori e ad altre persone coinvolte.	<ul style="list-style-type: none"> Ubiquitario, per apparecchi meccanici, elettrici, attrezzature per la salita, per l'archiviazione, etc. Reparti di tipo sanitario, per attrezzature di tipo elettromedicale, strumentari sanitari, arredi sanitari etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Tutti, differenziato a seconda del profilo lavorativo correlato alle attrezzature per le quali si è abilitati all'uso.
	Gas sotto pressione	Valutazione del Rischio dei recipienti sotto pressione	Possibilità che i gas sotto pressione, per la loro intrinseca natura e/o in base ai contenitori utilizzati (compresi gli accessori) determinino durante l'uso o per malfunzionamento/incidenti danni agli utilizzatori e ad altre persone implicate.	<ul style="list-style-type: none"> Reparti sanitari (bombole, contenitori di gas). Priorità alta per reparti sanitari in sovrappollamento e con attività promiscue (ad es. Pronto Soccorso). 	<ul style="list-style-type: none"> Personale impiegato nell'utilizzo di gas compressi. • Persone in prossimità di contenitori di gas compressi.
Valutazione del Rischio derivante da utilizzo di armi da fuoco	Arma da fuoco	Valutazione del Rischio derivante da utilizzo di armi da fuoco	Possibilità che un'arma da fuoco determini un danno accidentale a soggetti non destinati.	<ul style="list-style-type: none"> Priorità ad aree dove sono impiegate guardie armate. 	<ul style="list-style-type: none"> Personale di vigilanza dotato di armi • Persone in prossimità di personale armato
Valutazione del Rischio stradale da	Autovetture Attività di	Valutazione del Rischio di	Possibilità che si verifichino incidenti durante le attività	<ul style="list-style-type: none"> Autovetture aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> Autisti

Classe generale di fattori di Pericolo	Fattore specifico di pericolo	Tipologia specifica di Valutazione del Rischio	Descrizione del Rischio	Localizzazione	Profili lavorativi interessati
utilizzo di autovetture	guida	incidente	di guida di auto aziendali e ambulanze		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO SPECIFICO DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE	Elementi insiti nell'esecuzioni di attività proprie di un ospedale				

Si ribadisce che nel caso in cui gli operatori debbano accedere nelle aree soggette a restrizione e debitamente segnalate per lo svolgimento delle loro attività, prima dell'accesso debbono far riferimento al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), e devono essere preventivamente autorizzati dal/dalla Coordinatore/trice. Contestualmente, il/la Coordinatore/trice dovrà fornire le indicazioni sulla eventuale necessità di integrazione dei DPI e su ogni eventuale precauzione d'ordine procedurale che debba essere adottata.

4 NORME DI PREVENZIONE E DI EMERGENZA ADOTTATE PRESSO L'AZIENDA

4.1 Regolamentazione delle zone classificate ai fini della radioesposizione

Le "zone classificate" sono opportunamente segnalate e regolamentate, ai sensi del D.Lgs. 101/20, con segnali indicanti pericolo da irradiazione e delimitate eventualmente con opportune barriere (catenelle, reti, porte chiuse a chiave, etc.).

All'ingresso delle zone sono affisse le norme interne e, se ritenuto necessario, l'elenco delle persone autorizzate all'uso delle sorgenti e il nome del responsabile della zona.

Gli eventuali ospiti e/o visitatori, per accedere alle zone classificate o usare anche solo temporaneamente le apparecchiature radiogene, devono essere autorizzate dal responsabile o da persona da lui ufficialmente delegata. Prima dell'accesso alle zone e prima dell'uso delle apparecchiature, gli ospiti e/o visitatori devono prendere visione delle norme interne di radioprotezione e di tutto quanto attiene al corretto comportamento in presenza di sorgenti radiogene.

4.2 Regolamento per l'uso di apparecchiature radiogene

L' art. 115 del D.Lgs.101/20, rappresenta la norma generale di riferimento in materia di radiazioni ionizzanti, definisce gli adempimenti che il datore di lavoro committente e i datori di lavoro delle ditte incaricate della esecuzione dei lavori o dei servizi aggiudicati devono porre in essere, al fine di garantire la tutela della sicurezza e la salute dei rispettivi prestatori d'opera. In particolare il *Datore di lavoro deve svolgere presso i terzi esercenti, le azioni necessarie finché venga comunque assicurato il rispetto di quanto disposto al comma 1 del presente articolo, anche ai fini del coordinamento delle misure da adottare, fermi restando gli obblighi dei terzi esercenti stessi, derivanti dalle disposizioni del presente capo, per gli aspetti operativi della radioprotezione direttamente connessi con la natura*

dell'attività da essi svolta e dell'intervento che i lavoratori sono chiamati a compiere (art. 115, comma 2 del D.Lgs. 101/20).

È sempre possibile ottenere un'efficace protezione contro i rischi da radiazioni ionizzanti purché siano osservate le norme di sicurezza.

È vietata l'utilizzazione della sorgente radiogena a persone estranee al reparto ed al personale interno od esterno non autorizzato dal direttore del Dipartimento.

È vietato l'ingresso nella sala di diagnostica o di terapia a persone estranee al reparto durante l'erogazione raggi.

È necessario ricordare che i fattori che permettono di ridurre notevolmente la dose assorbita dal personale esposto può essere realizzata:

- sia riducendo il "tempo" di esposizione alle radiazioni generate dalla sorgente,
- sia interponendo tra la sorgente e l'organismo adeguate "schermature",
- sia aumentando la "distanza" della persona dalla sorgente.

Pertanto è opportuno che il personale addetto all'impiego ed al controllo della sorgente radiogena si esponga il minor tempo possibile, compatibilmente con le esigenze di lavoro.

4.3 Sistemi per l'attivazione del MET (Medical Emergency Team – Emergenza Intraospedaliera)

Numero unico per Emergenza Intraospedaliera: **88234**

Il sistema di risposta alle chiamate di emergenza indirizzate al MET deve essere costantemente garantito, anche in condizioni straordinarie. Il MET è attivabile attraverso il numero unico per l'emergenza intraospedaliera, da qualsiasi dispositivo fisso o mobile, in modo da semplificare e uniformare la risposta alle emergenze. La diffusione deve avvenire con elementi info-grafici: cartellonistica e immagine del **NUMERO UNICO 88234 - 0620908234**

4.4 Ingressi e circolazione nella viabilità esterna di pertinenza del PTV

L'accesso e la circolazione nei percorsi del PTV – Policlinico Tor Vergata devono rispettare la segnaletica presente ed in conformità ai regolamenti ed alle disposizioni delle Direzioni aziendali. Si ricorda inoltre l'assoluto divieto di stazionamento e parcheggio davanti a uscite di sicurezza, in corrispondenza di percorsi di sicurezza riservati ai VV.FF. e di fronte agli attacchi idrici per gli automezzi VV.FF.

L'accesso alla viabilità del Pronto Soccorso e verso l'elisuperficie sono soggetti al controllo dei veicoli da parte della Vigilanza Interna. L'accesso è consentito esclusivamente alle ambulanze e ai veicoli privati che trasportano pazienti diretti al Pronto Soccorso.

L'ingresso dei veicoli delle ditte esterne incaricate ai lavori deve essere autorizzato dalla Direzione del PTV per il tramite del DEC.

4.5 Percorsi ed accessi all'interno della Fondazione PTV

Nel caso in cui gli operatori della ditta appaltatrice debbano accedere alle aree in cui sono presenti fattori di pericolo, devono essere preventivamente autorizzati dal/dalla Coordinatore/trice. Contestualmente, il/la Coordinatore/trice dovrà fornire le indicazioni sulla eventuale necessità di integrazione dei DPI e su ogni eventuale precauzione d'ordine procedurale che debba essere adottata.

È necessario il corretto utilizzo degli spazi e dei percorsi comuni (corridoi, ascensori, ecc.) ed il massimo rispetto della segnaletica esistente (con particolare riguardo a quella posta in essere in occasione di lavori di manutenzione e di percorsi e per le finalità di controllo ad esso connesse), dei regolamenti e delle prescrizioni aziendali.

Il personale della ditta appaltatrice al termine dell'orario di lavoro deve lasciare sgombri dalle proprie attrezzature e materiali tutti gli spazi della Fondazione PTV. Corridoi, vie di fuga, porte di emergenza, sbarchi degli ascensori, ecc. devono essere mantenuti costantemente agibili, salvo preventiva autorizzazione del SPP.

Qualsiasi deposito, anche temporaneo, di materiali e attrezzature va concordato di volta in volta con il DEC.

Fermo restando che la responsabilità nella fase di esecuzione del servizio è in capo alle ditte appaltatrici, in quanto tale rischio risulta proprio dell'attività delle ditte, nel caso di eventi accidentali e/o situazioni di emergenza gli operatori delle ditte dovranno seguire le procedure proprie previste per i visitatori e gli utenti esterni che accedono alla struttura ospedaliera e descritta nel piano di evacuazione.

Il Datore di Lavoro o un delegato della ditta appaltatrice è tenuto a condividere con il Datore di Lavoro Committente, avvalendosi delle competenze del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e del Direttore Esecutivo del Contratto, prima dell'inizio delle attività, strategie comuni e procedure per affrontare le eventuali emergenze, ex art. 26 comma 2 della norma citata.

Qualora sia necessario l'accesso di mezzi motorizzati per il trasporto di beni e materiali (operazioni di carico e scarico) utili all'attività o di macchine operatrici, è necessario limitare la velocità a 5 Km orari (passo d'uomo) rispettando le norme del Codice Stradale.

Ogni variazione al piano concordato deve essere oggetto di comunicazione preventiva al referente dell'appalto.

Nell'area di carico/scarico merci è a carico della ditta l'utilizzo di apparecchi di sollevamento o riduttori della movimentazione manuale. E' altresì fatto obbligo per gli operatori della struttura appaltatrice di utilizzare tutte le cautele e gli accorgimenti per non provocare danni a persone e cose e per mantenere la pulizia e l'igiene dell'ambiente. L'area è presidiata da un custode a cui fare riferimento per ogni necessità. L'ingresso alla suddetta area è subordinato alla disponibilità di posto al momento.....

I veicoli delle ditte devono altresì essere riconoscibili ed esporre numero telefonico per eventuali emergenze.

Le aree eventualmente messe a disposizione per il deposito di materiali, per lo stazionamento dei mezzi di lavoro e degli automezzi devono essere sempre mantenuti in ordine

MACCHINE, MEZZI E ATTREZZATURE di proprietà dell'Appaltatore devono essere provvisti di una targhetta indicante il nome dell'impresa proprietaria, devono essere conformi alle prescrizioni vigenti in materia di prevenzione infortuni e igiene del lavoro e trovarsi nelle necessarie condizioni di efficienza. Tali condizioni inoltre devono essere mantenute nel tempo, mediante periodica manutenzione e revisione degli stessi in conformità anche alle prescrizioni del progettista fabbricante.

I mezzi soggetti a collaudo e verifiche periodiche da parte di Enti Pubblici (ponti sviluppabili e sospesi, scale aeree, paranchi, apparecchi a pressione, ecc.) dovranno risultare in regola con tali controlli.

4.6 Impiego di sostanze pericolose o nocive

L'ingresso dei prodotti chimici presso il PTV deve essere preventivamente autorizzato dal SPP. I recipienti adibiti al trasporto dei liquidi o materie infiammabili, corrosive, tossiche o comunque dannose devono essere provvisti di: idonee chiusure per impedire la fuoriuscita del contenuto; di accessori o dispositivi atti a rendere sicure ed agevoli le operazioni di riempimento e svuotamento; di accessori di presa (maniglie, anelli, impugnature...) atti a rendere sicuro ed agevole il loro impiego in relazione al loro uso particolare; di involucro protettivo adeguato alla natura del contenuto; etichettatura a norma riportante il nome, la natura e la pericolosità del prodotto. I recipienti sia pieni che vuoti, devono essere conservati in posti appositi. I rifiuti di sostanze e/o prodotti infiammabili, esplosivi, corrosivi, tossici, infettanti o comunque nocivi devono essere raccolti durante il lavoro con mezzi appropriati e collocati in attesa di smaltimento a carico dell'appaltatore in luoghi nei quali non possano costituire pericolo.

4.7 Norme per contrastare la diffusione delle zanzare e spore fungine nei cantieri

Al fine di contribuire al contrasto della diffusione delle zanzare, ed in particolare della *Aedes Albopictus*, poiché le larve di questa si sviluppano in acque stagnanti o a lento deflusso, si richiede ai Responsabili dei cantieri delle Ditte appaltatrici di:

- evitare raccolte idriche in bidoni e altri contenitori (qualora l'attività richieda la disponibilità di contenitori con acqua, questi debbono essere dotati di copertura ermetica oppure debbono essere svuotati completamente con periodicità non superiore a 5 giorni);

- adottare tutti i provvedimenti necessari ad evitare che eventuali stoccaggi di materiali all'aperto permettano la formazione di raccolte di acque meteoriche, coprendo i contenitori (laddove non sia possibile il loro stoccaggio al coperto) con teli impermeabili ben tesi in modo da prevenire ristagni di acqua in pieghe e avvallamenti;

- provvedere, in caso di sospensione dell'attività del cantiere, alla sistemazione di tutti i materiali presenti in modo da evitare raccolta di acque meteoriche;

- svuotare l'acqua nel terreno e non nei chiusini;
- rimuovere il materiale di risulta di norma quotidianamente;
- smaltire immediatamente i napon degli imballaggi.

Analogamente si dovranno tenere in considerazione, in caso di cantieri interni al PTV, di alcune accortezze per ridurre la diffusione accidentale di spore di *Aspergillus spp.*

L'*Aspergillus spp.* è un fungo ubiquitario che si trova nel suolo, nell'acqua e nella vegetazione. Le spore fungine proliferano e possono sopravvivere per mesi in ambiente secco; inoltre, grazie alle loro piccole dimensioni possono rimanere sospese molto a lungo nell'aria aumentando la probabilità di venire inalate o di depositarsi su tutte le superfici dell'ambiente. La malattia più frequente causata da *Aspergillus spp.* (*aspergillosi*) si manifesta a seguito della penetrazione delle spore nei polmoni e rappresenta una causa riconosciuta di malattie gravi e mortalità nei pazienti con elevato grado di immunocompromissione.

A tal riguardo e nell'intento di contribuire alla riduzione dei rischi da inalazione di spore fungine, prima dell'avvio degli interventi di costruzione o ristrutturazione ospedaliera, dovranno essere messe a punto le strategie e definiti tutti gli interventi per evitare o ridurre, durante i lavori, la contaminazione da spore di *Aspergillus spp.* degli ambienti che si trovano fuori dell'area di cantiere. Le soluzioni saranno descritte in un piano concordato prima dell'inizio dei lavori con i referenti individuati dalla Direzione Sanitaria e dovranno essere orientate a ridurre la diffusione di polveri dall'area cantiere alle altre aree operative nosocomiali attraverso sistemi di compartimentazione fisica, impiantistica e misure organizzative.

4.8 Estratto del Documento di Valutazione del Rischio di incendio

Il personale della Ditta/società esterna deve prendere visione del Piano di Emergenza allegato al DUVRI e acquisire la conoscenza della situazione in atto per quel che concerne i locali, le vie di fuga, la segnaletica e le avvertenze esposte.

Nello svolgimento delle proprie attività il personale della Ditta/società esterna non deve intralciare con materiali e attrezzature spazi comuni, luoghi di passaggio, vie di fuga, porte di emergenza, sbarchi degli ascensori, ecc.

Tutti i Reparti attivi sono dotati di uscite adeguate e contrapposte. I segnali degli impianti di allarme confluiscono in un Centro Operativo di Controllo, presidiato H24, per la gestione dell'emergenza non sanitaria.

In caso di **emergenza non sanitaria** informare il personale sanitario e/o **chiamare** il numero di emergenza **06 20900309**, e/o **premere il pulsante di allarme presente nei corridoi.**

È disponibile una squadra di emergenza con compiti di intervento, di coordinamento dell'esodo e di sorveglianza degli impianti.

Sono di seguito riportate le responsabilità delle varie figure coinvolte nella gestione dell'emergenza.

La **comunicazione dell'ordine di evacuazione** è di competenza esclusiva delle seguenti figure:

- Direttore Sanitario;
- Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio;
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Addetto Servizio Prevenzione e Protezione;
- Personale della Squadra Prevenzione Incendi e Gestione Emergenze non sanitarie.

Nella fase di evacuazione ognuno si deve attenere alle indicazioni del personale della Squadra Prevenzione Incendi e Gestione Emergenze non sanitarie.

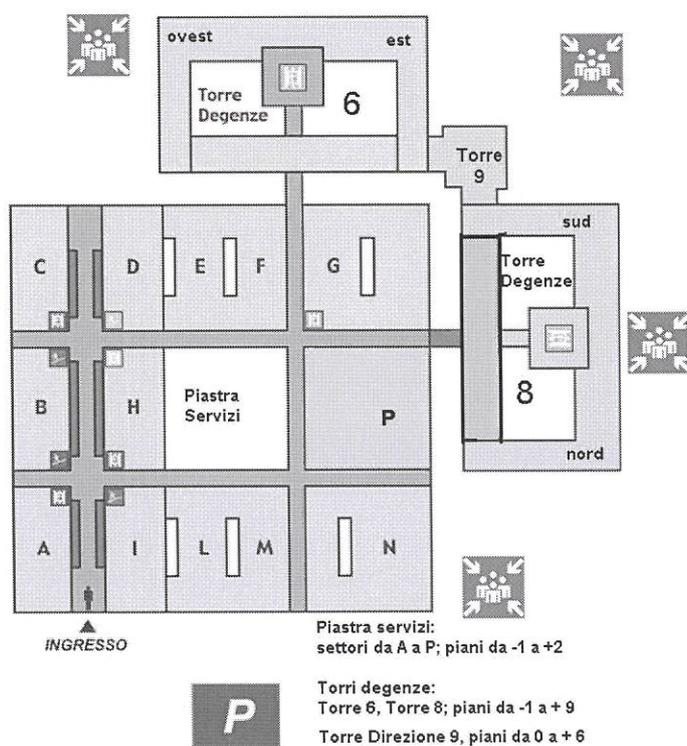


Fig. 1 – Settori PTV e Punti di raccolta esterni in caso di evacuazione

4.9 Smaltimento dei Rifiuti

I rifiuti, sia allo stato solido, che allo stato liquido possono presentare delle caratteristiche di pericolo e quindi costituire un rischio per gli operatori esposti. In particolare i rifiuti generati da una struttura sanitaria, possono presentare aspetti e rischi specifici correlati alle diverse tipologie di attività svolte. Al fine di limitare al massimo questi fattori di rischio, occorre che vi sia una precisa conoscenza delle procedure organizzative tese alla minimizzazione dei rischi stessi. Nell'organizzazione del lavoro all'interno

delle varie strutture, si deve quindi tener conto anche della "problematica rifiuti", considerata alla stregua di un macroprocesso che interessa trasversalmente tutta l'organizzazione sanitaria. Una gestione controllata dei rifiuti deve pertanto prevedere l'adozione di modalità operative standardizzate che garantiscano il rispetto della sicurezza degli operatori e il rispetto degli obblighi derivanti dai dettami normativi. Viene definito rifiuto qualsiasi sostanza od oggetto che rientra nelle categorie riportate nell'Allegato A alla parte quarta del decreto D.Lgs 152/2006 e di cui il detentore si disfi o abbia deciso o abbia l'obbligo di disfarsi. In particolare il Rifiuto Sanitario è quello che deriva da strutture pubbliche o private, individuate ai sensi del D. Lgs 30 dic. 1992 n. 502 e successive modificazioni (D.Lgs 22/97; D.M. 219/00; D.P.R. 254/03) che svolgano attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogino le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

I rifiuti sono classificati secondo l'origine in rifiuti urbani e rifiuti speciali, e in base alle caratteristiche di pericolosità, in rifiuti pericolosi e rifiuti non pericolosi.

I rifiuti derivanti da attività sanitarie sono da classificare come rifiuti speciali, e vengono distinti come segue:

- Rifiuti Sanitari
- Rifiuti sanitari assimilati agli urbani
- Rifiuti sanitari non pericolosi
- Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
- Rifiuti non a rischio infettivo richiedenti particolari modalità di smaltimento.

Sono esclusi i rifiuti radioattivi in quanto disciplinati dal Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 241: "attuazione delle direttive Euratom in materia di radiazioni ionizzanti".

La Direzione Sanitaria ha elaborato una Procedura Operativa di gestione dei Rifiuti Ospedalieri.

Lo stoccaggio dei prodotti pericolosi e potenzialmente inquinanti deve essere effettuato in aree apposite dotate di bacini di contenimento, lontano dai tombini delle fognature e su pavimentazione impermeabile

L'impresa esterna che esegue operazioni che possono causare versamenti accidentali deve dotarsi di un kit di pronto intervento costituito da:

- fusti contenenti granuli assorbenti e/o
- rotoli di panno assorbente - Eventuali costi di pulizie e ripristini a seguito di fuoriuscite o sversamenti sono a carico dell'impresa che ha originato tale evento.

E' VIETATO ABBANDONARE RIFIUTI

- L'appaltatore che produce rifiuti propri deve provvedere a smaltire tali rifiuti autonomamente a norma di legge vigente in particolare per lo stoccaggio, trasporto e smaltimento.

La fruizione dell'isola ecologica del PTV per il deposito temporaneo deve essere espressamente richiesto, dalle Ditte, in fase di presentazione delle offerte o di coordinamento (ex art.26)

5 DEFINIZIONE DEI COSTI E ONERI DELLA SICUREZZA

5.1 Stima dei costi per la sicurezza da interferenze (su base annuale)

Premesso che l'art. 2087 del Codice Civile obbliga il Datore di Lavoro ad: "adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro", l'Appaltatore (compresi gli eventuali subappaltatori) è pertanto obbligato a farsi carico di tutti gli oneri derivanti dall'applicazione della legislazione e delle norme tecniche vigenti al fine di salvaguardare la salute e la sicurezza dei propri lavoratori.

Per questo principio, ad esempio, le spese da sostenere per dotare i lavoratori dei dispositivi di protezione individuale non rientrano nei costi della sicurezza, a meno che tali dispositivi si rendano necessari per la presenza di interferenze tra lavorazioni di due soggetti imprenditoriali diversi.

Alla luce di quanto detto è opportuno fare un distinguo tra :

- **costi della sicurezza** che derivano, in caso di lavori ex Titolo IV, dalla stima effettuata nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) - o dall'analisi della Stazione appaltante anche per tramite del Responsabile Unico del Provvedimento (RUP) quando il PSC non sia previsto secondo le indicazioni dell'allegato XV punto 4. A tali costi l'impresa è vincolata contrattualmente (costi contrattuali) in quanto rappresentano "l'ingerenza" del committente nelle scelte esecutive della stessa; in essi si possono considerare, in relazione al punto 4.1.1. dell'allegato XV del D.lgs. 81/08, esclusivamente le spese connesse al coordinamento delle attività nel cantiere, alla gestione delle interferenze o sovrapposizioni, nonché quelle degli apprestamenti, dei servizi e delle procedure necessarie per la sicurezza dello specifico cantiere secondo le scelte di discrezionalità tecnica del CSP / Stazione appaltante, valutate attraverso un computo metrico estimativo preciso;
- **oneri aziendali** della sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta da ciascun operatore economico (detti anche, in giurisprudenza piuttosto che in dottrina ex lege, costi propri, costi da rischi specifici o costi aziendali necessari per la risoluzione dei rischi specifici propri dell'appaltatore), relativi sia alle misure per la gestione del rischio dell'operatore economico, sia alle misure operative per i rischi legati alle lavorazioni e alla loro contestualizzazione, aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel PSC e comunque riconducibili alle spese generali. Detti oneri aziendali sono contenuti nella quota parte delle spese generali prevista dalla norma vigente (art. 32 del D.P.R. 207/2010 s.m.i.) e non sono riconducibili ai costi stimati per le misure previste al punto 4 dell'allegato XV.

Pertanto la quantificazione dei costi è rimessa alla Stazione Appaltante in presenza di PSC o nei casi in cui, in mancanza di PSC, esista "una ingerenza" del committente per le scelte che l'appaltatore dovrà effettuare. Tali costi non sono soggetti a nessuna verifica di

congruità ma devono essere compresi nell'importo totale dei lavori, a differenza degli oneri aziendali della sicurezza che rappresentano un obbligo posto a carico degli operatori economici che partecipano alla procedura di gara e che sono soggetti alla verifica di congruità da parte del RUP della stazione appaltante. In situazioni particolari, comunque definibili in sede di Riunione di Cooperazione e Coordinamento (ex art.26 comma 2), l'Azienda Ospedaliera potrà farsi carico della misura di sicurezza aggiuntiva senza farla gravare in alcun modo sull'appaltatore

Sulla base delle risultanze della preventiva valutazione dei rischi da interferenza, si è accertato che il rispetto delle disposizioni di carattere generale presente nel disciplinare di gara e l'adozione delle misure preventive e protettive consentono di eliminare o ridurre i rischi da interferenza al livello più basso ragionevolmente ottenibile, per cui non è richiesta l'adozione di ulteriori misure di prevenzione e protezione se non già quelle che fanno già parte della sicurezza dell'appaltatore.

Solo nel caso in cui, in fase di coordinamento con la società aggiudicatrice, risulti necessario integrare misure preventive e protettive si aggiorneranno i costi della sicurezza.

Pertanto i costi per la sicurezza relativi all'eliminazione dei rischi interferenziali sono pari a zero.