

Il volume riporta gli esiti di una ricerca, conclusasi a maggio 2013, realizzata nell'ambito del progetto E.T.I.C.A. pubblica nel Sud: accrescere l'Efficacia, la Trasparenza, l'Innovazione e la Capability dell'Amministrazione Pubblica.

Programma Operativo

PON *Governance* e Assistenza Tecnica 2007-2013 – Obiettivo Operativo II.5

Fonte di finanziamento

Cofinanziato dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

Organismo intermedio

Dipartimento della Funzione Pubblica

Autorità di Gestione

Ministero dello Sviluppo Economico

Beneficiario

Personale pubblico delle Regioni Ob. Convergenza

Ente attuatore

Formez PA – Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A.

Responsabile del progetto

Salvatore Marras



Per maggiori dettagli sulle attività e le azioni del progetto

<http://focus.formez.it/content/etica-pubblica-nel-sud>



Autori del volume

Enzo Bivona

Maria Scinicariello

Revisione editoriale

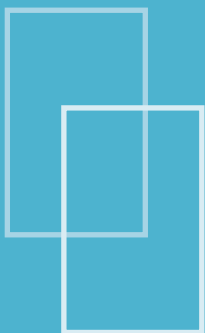
Mariarosaria Russo

LA CORRUZIONE

Analisi e gestione del rischio
di fallimento etico

Formez^{PA}

Area Comunicazione e Servizi al cittadino: Direttore Sergio Talamo
Coordinatore attività editoriale: Consigliere Angelo Raffaele Dinardo



Presentazioni



ANTONIO NADDEO

Capo Dipartimento della Funzione Pubblica

Presidenza del Consiglio dei Ministri

La legge 190 del 2012 ha acceso i riflettori sul tema della prevenzione e del contrasto alla corruzione nelle pubbliche amministrazioni. Tuttavia l'esigenza di un agire etico quale requisito per garantire un andamento efficiente ed efficace delle amministrazioni è oggetto di studio e di sollecitazioni già da molti anni da parte di diversi organismi internazionali.

La prevenzione della corruzione e dei comportamenti non etici, attraverso strumenti come l'analisi del rischio etico, coinvolge direttamente i dirigenti e i funzionari in un processo continuo di miglioramento della propria amministrazione e li rende partecipi di un profondo cambiamento sociale.

Individuare le tipologie di rischio, valutare il loro impatto all'interno e all'esterno dell'amministrazione, stimare la probabilità degli eventi è un esercizio insieme culturale e metodologico. La gestione del rischio etico richiede, infatti, una chiara visione degli obiettivi strategici dell'organizzazione pubblica, una precisa conoscenza del modello organizzativo e dei processi di lavoro, la capacità di combinare il rispetto delle norme con gli effetti economici, finanziari, di servizio e di immagine della PA.

Alcune esperienze pilota nella PA hanno riguardato l'applicazione di metodologie di analisi e gestione del rischio: è emersa l'esi-

genza di collocare questi interventi in un quadro più ampio di riferimento concettuale, culturale e metodologico.

Si è ritenuto, pertanto, opportuno offrire con questo lavoro un contributo alla diffusione delle conoscenze su un tema, quello della prevenzione della corruzione e dei comportamenti non etici, che ha profonde implicazioni sul buon andamento della pubblica amministrazione e sullo sviluppo economico e sociale.

Questo lavoro persegue la finalità di:

- rendere omogenea la conoscenza sui concetti di rischio e di etica, sui modelli e sugli strumenti per la gestione del rischio di fallimento etico (noto anche come rischio di corruzione);
- favorire l'adozione di approcci e modalità uniformi da parte delle pubbliche amministrazioni nell'analisi e nella gestione del rischio di fallimento etico;
- guidare le pubbliche amministrazioni nell'adozione di processi e strumenti di *risk management*, fornendo indicazioni metodologiche e operative.



MARCO VILLANI

Direttore generale Formez PA

Questo volume è realizzato dal progetto ETICA pubblica nel Sud: accrescere l'Efficacia, la Trasparenza, l'Innovazione e la Capability dell'amministrazione pubblica che l'Istituto, che ho l'onore di dirigere, ha realizzato seguendo gli indirizzi del Dipartimento della Funzione Pubblica e corrispondendo ai bisogni delle amministrazioni beneficiarie.

Il progetto ETICA ha offerto alle regioni dell'Obiettivo Convergenza, nel periodo di programmazione 2007-2013, il sostegno tecnico per individuare i sistemi e le soluzioni più efficaci per una crescita significativa della trasparenza e della legalità nella gestione dei Fondi strutturali e, più in generale, nelle politiche di sviluppo e coesione: temi assai attuali e strategici ed esigenze sempre più pressanti, specialmente alla luce dell'attuale grave crisi economica.

La pubblicazione sull'analisi e gestione del rischio di fallimento etico nasce, quindi, per rispondere all'esigenza normativa e manageriale di far fronte alla corruzione attraverso logiche e strumenti di *risk management* e, allo stesso tempo, per valorizzare le esperienze realizzate nell'ambito del progetto.

Il volume è articolato in 3 parti:

1. Un inquadramento concettuale e normativo finalizzato, da un lato, a chiarire e condividere i contenuti e gli elementi che caratterizzano le parole chiave delle tematiche in oggetto e, dall'altro, a

contestualizzare lo strumento manageriale proposto nel contesto normativo che guida l'agire pubblico.

2. La descrizione del processo di *risk management*, in particolare delle fasi, delle azioni e degli strumenti che ogni pubblica amministrazione può adottare per prevenire e contrastare il rischio di fallimento etico. Il taglio operativo del testo è garantito dalla presenza di box contenenti la declinazione pratica delle metodologie presentate.
3. Una riflessione sulle condizioni che consentono, nelle pubbliche amministrazioni, il successo di processi di *risk management*.

Questo lavoro si pone, quindi, l'obiettivo di fornire indicazioni, suggerimenti e risposte, nonché di facilitare il compito di chi si trova ad affrontare la costruzione e la gestione di un sistema di prevenzione della corruzione. Pertanto rappresenta un punto di riferimento metodologico e tecnico sia per i responsabili della prevenzione della corruzione e il personale operante in unità organizzative ad alto rischio di corruzione, sia per i responsabili dei sistemi di controllo interno e i componenti degli organismi indipendenti di valutazione.

Infine, esso si propone di favorire la crescita culturale di tutto il personale della pubblica amministrazione direttamente coinvolto nella prevenzione del rischio di corruzione. È una finalità educativa che intende non soltanto garantire efficienza e legalità all'agire pubblico attraverso la trasparenza, ma desidererebbe anche favorire un risveglio etico nelle coscienze dei pubblici dipendenti, unito ad uno scatto di orgoglio per la funzione di "civil servant" nel segno delle parole di Papa Francesco: "peccatore sì, corrotto no".



GUIDO CARPANI

*Capo di Gabinetto del Ministro per la pubblica amministrazione
e la semplificazione*

La proposta di Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) che il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione ha inviato alla Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (CiVIT) per l'approvazione, l'11 luglio 2013, indica chiaramente come il carattere non omogeneo delle amministrazioni e degli enti coinvolti nell'applicazione della disciplina sull'anticorruzione richieda adattamenti e forme di flessibilità, sia in riferimento alla valutazione del diverso livello di esposizione ai rischi, sia in relazione agli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio stesso.

Tale scelta è dettata in primo luogo dal buon senso, nonché dalla considerazione che contesti diversi richiedono modalità di attuazione differenziate, fatto salvo il carattere imperativo della norma che impone alle amministrazioni l'applicazione di determinati istituti (quali la valutazione del rischio, i codici di comportamento, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti).

Al fine di tenere conto delle specificità delle amministrazioni territoriali, la legge 6 novembre 2012, n. 190, all'art. 1, commi 60 e 61, ha previsto che la definizione degli obblighi di adeguamento alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione per le re-



gioni e le province autonome di Trento e Bolzano, gli enti locali, gli enti pubblici e i soggetti di diritto privato sottoposti al loro controllo avesse luogo in sede di Conferenza unificata. In tale ambito, il 24 luglio 2013 è stata sancita la prevista Intesa con la quale, in primo luogo, si stabilisce che ciascuna amministrazione debba designare tempestivamente, anche a livello decentrato, i responsabili della prevenzione della corruzione.

I primi effetti di un “approccio flessibile” all’applicazione della legge 190 si avranno quando le pubbliche amministrazioni saranno chiamate, nella elaborazione del Piano Triennale, a individuare e ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro, capaci di ridurre la possibilità di comportamenti illeciti.

L’introduzione di una valutazione “ponderata” significa, in sostanza, che il rischio dovrà essere valutato con la precisa finalità di selezionare aree di intervento prioritarie, diverse per singola amministrazione ed eventualmente ulteriori rispetto alle aree già indicate nella legge.

La valutazione ponderata dei rischi, dal punto di vista metodologico, dovrà prendere in considerazione due elementi:

- la probabilità, valutata sulla base di alcune caratteristiche del processo, quali la discrezionalità, la rilevanza esterna, la complessità, il valore economico e la frazionabilità;
- l’impatto, valutato in termini organizzativi, economici e reputazionali.

La flessibilità non si esaurisce nella fase di valutazione del rischio.

Il Piano Nazionale, ideato come uno strumento di definizione generale della strategia di prevenzione, stabilisce che, a fianco delle misure “obbligatorie” poste in essere dall’amministrazione come risposta ai rischi, possano essere individuate “ulteriori” misure va-

lutate in base ai costi stimati, all'impatto sull'organizzazione e al grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse.

Il P.N.A., così come concepito, attribuisce pertanto al responsabile della prevenzione della corruzione un ruolo che travalica la meccanica applicazione dei metodi e l'utilizzo di strumenti precostituiti. Egli dovrà adottare una visione strategica del rischio, adeguandola al contesto amministrativo di riferimento, utilizzando buon senso nella ponderazione e una buona dose di creatività nell'individuazione di ulteriori misure.

L'obiettivo comune è consolidare intorno a questa cruciale figura non solo le competenze e l'*expertise* necessarie a predisporre un valido Piano Triennale, quanto piuttosto la capacità di osservare analiticamente la propria realtà e di formulare un pensiero strategico per il cambiamento della stessa.

D'altronde, l'esperienza e la letteratura insegnano che la mera applicazione di regole, il corretto utilizzo di metodi e tecniche, la creazione di strutture e procedure non sono sufficienti a garantire l'integrità in un'organizzazione.

L'organo di indirizzo politico, adottando il Piano su proposta del responsabile della prevenzione, definisce sia all'interno, sia all'esterno il livello di impegno dell'amministrazione sul fronte del contrasto alla corruzione; fornisce autorità, pertanto, all'analisi condotta e alle priorità di intervento individuate e ne diviene "coresponsabile" (nel senso più nobile del termine).

Un'architettura complessa, ancora da perfezionare, per un problema complesso, quello della corruzione nelle amministrazioni pubbliche italiane, rilevante per il futuro del Paese e assai differenziato nei diversi contesti amministrativi.

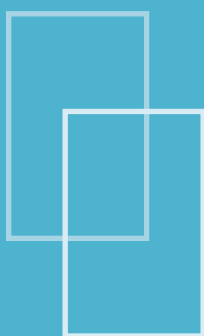
La cultura della valutazione del rischio, dal momento che è al centro di questa architettura, va promossa con forza e intelligenza,

con la necessaria dose di rigore e flessibilità, cercando di evitare, per quanto possibile, un'applicazione troppo “manualistica” delle tecniche e degli strumenti.



Indice

1.	INQUADRAMENTO CONCETTUALE DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO	19
2.	INQUADRAMENTO NORMATIVO DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO	23
3.	IL PROCESSO DI <i>RISK MANAGEMENT</i>	29
3.1	Analisi del contesto	31
3.2	Identificazione del rischio	39
3.3	Valutazione del rischio	51
3.4	Analisi del livello di presidio e trattamento del rischio	67
3.5	Monitoraggio, aggiornamento e comunicazione	80
4.	LA GESTIONE DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ITALIANA: LE CONDIZIONI ABILITANTI	83
	Bibliografia	89
	Allegato	91



A

nalisi e gestione
del rischio
di fallimento etico



INQUADRAMENTO CONCETTUALE DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO

Dare una definizione universalmente accettata del termine “rischio” è un’impresa piuttosto ardua. Nel linguaggio corrente, tale termine è utilizzato frequentemente e ciascun individuo possiede un’idea intuitiva del suo significato, spesso riconducibile al manifestarsi di un evento negativo o di una minaccia. Nella letteratura scientifica, l’accezione data al termine muta in relazione alla prospettiva di analisi adottata dalla singola disciplina – psicologia, sociologia, *management*, microeconomia tra le altre – attraverso la quale si osserva il fenomeno, nonché al contesto di riferimento. In generale, si ritiene che il concetto di rischio sia da collegare all’imprevedibilità degli eventi futuri. Data questa base di partenza condivisa, esistono molte posizioni differenti con riferimento all’origine di tale imprevedibilità, alla natura degli eventi che si possono definire rischiosi e all’estensione del concetto di rischio ai soli eventi sfavorevoli o anche a quelli favorevoli¹.

Nell’approccio manageriale, il rischio è definito come il possibile divario tra la manifestazione di un fenomeno e la situazione attesa e, quindi, come un evento futuro e incerto che può influenzare il raggiungimento degli obiettivi di un’organizzazione². In base a tale accezione il rischio, se valutato rispetto ad una situazione media o attesa, può avere sia delle manifestazioni negative (minacce) – a cui corrispondono risultati peggiori ri-

¹ Misani N., *Introduzione al risk management*, EGEA, Milano, 1994.

² Floreani A., *Introduzione al risk management. Un approccio integrato alla gestione dei rischi aziendali*, Rizzoli, Milano, 2005.



spetto alle aspettative – sia manifestazioni positive (opportunità) – a cui corrispondono dei risultati migliori rispetto alla situazione attesa³.

Nonostante tale doppia valenza, nelle discipline aziendali è più frequente il ricorso ad un'interpretazione negativa del fenomeno. Seguendo quest'ultima impostazione, il rischio può essere definito come la potenziale manifestazione di un determinato evento in grado di influenzare “il mancato raggiungimento del fine per cui un'organizzazione viene creata”⁴. La stessa accezione restrittiva del termine è accolta nel modello di *Enterprise Risk Management* (ERM) del COSO – Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission⁵ – in base al quale un evento – positivo o negativo – è un fatto o avvenimento, di origine interna o esterna, che influisce sul conseguimento degli obiettivi. Data tale definizione di evento, l'ERM considera il rischio come la possibilità che un evento si verifichi e influisca in senso negativo sul conseguimento degli obiettivi di un'organizzazione; viceversa definisce l'opportunità come la possibilità che un evento si verifichi e influisca in senso positivo sul conseguimento degli obiettivi di un'organizzazione.

Abbracciata un'interpretazione di rischio negativa, va posto l'accento sulle molteplici possibilità di classificazioni di rischio⁶ derivanti dall'influenza che può esercitare su di essi il *management*, dalla natura delle variabili che li determinano, dalla distribuzione di tali variabili o dalla tipologia di obiettivo a cui essi sono associati.

Focalizzandoci sull'agire della pubblica amministrazione e considerando come obiettivo l'utilizzo trasparente, efficiente, efficace ed equo delle risorse pubbliche, è possibile individuare un rischio di fallimento etico per la cui definizione è necessario esplicitare alcuni concetti.

Innanzitutto il concetto di etica, il quale rimanda all'insieme delle regole e dei valori che consentono di distinguere ciò che è giusto da ciò che è sbagliato. Quando si parla di “valori” si fa riferimento a principi in

³ *Ibidem*.

⁴ Misani N., *op. cit.*, 1994.

⁵ COSO, *La gestione del rischio aziendale. ERM, Enterprise risk management: un modello di riferimento e alcune tecniche applicative*, ed. italiana a cura di Associazione Italiana Internal Auditors e PricewaterhouseCoopers, Il Sole 24 ore, Milano, 2006.

⁶ Per un'attenta classificazione si veda Floreani A., *op. cit.*, 2005.

base ai quali si può dare un peso (giusto/sbagliato) alle possibili azioni che un individuo può intraprendere. Le “regole” morali, invece, indicano il comportamento moralmente corretto in una data situazione. L’agire di un individuo o di un’organizzazione, in accordo con valori e regole morali fondamentali, è da ricondurre al concetto di integrità. Al contrario, in termini sintetici e generali, la corruzione può essere intesa come l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati. È evidente il legame e la correlazione esistente tra i diversi concetti: l’etica è il parametro per valutare l’integrità di un individuo o di un’organizzazione e l’integrità e la corruzione sono concetti speculari⁷.

Chiariti tali concetti, è possibile definire il rischio di fallimento etico come la possibilità che si verifichino comportamenti non etici, non integri o legati alla corruzione che influiscono in senso negativo sull’utilizzo trasparente, efficiente, efficace ed equo delle risorse pubbliche.

⁷ Monteduro F., Brunelli S., Buratti A., *La corruzione. Definizione, misurazione e impatti economici*, Formez PA, 2013.





INQUADRAMENTO NORMATIVO DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO

In un contesto di risorse pubbliche sempre più scarse, l'attenzione verso la gestione del rischio di fallimento etico è diventata una priorità per le amministrazioni pubbliche. Tale priorità è stata sancita dal recente dettato normativo della legge 190/2012⁸ che introduce logiche di *risk management* applicate alla lotta alla corruzione.

La gestione del rischio di fallimento etico è un processo – applicabile a livello di intera organizzazione o a singole unità o funzioni – articolato in fasi, costituite da azioni, che interagiscono reciprocamente e pervadono l'intera organizzazione⁹. L'implementazione di un processo di gestione del rischio è strumentale all'identificazione e alla valutazione dei rischi ai quali è esposta un'organizzazione e alla definizione di una strategia di risposta atta a contenere gli effetti negativi che potenzialmente possano prodursi.

Prendendo a riferimento diversi *standard*¹⁰ proposti da organismi internazionali e tesi a guidare le organizzazioni nella definizione e implementazione di sistemi di gestione del rischio, è possibile identificare le seguenti fasi che, generalmente, caratterizzano il processo di *risk management*.

- **Analisi del contesto:** consiste nella presa in esame dei modi in cui il rischio è considerato e affrontato dai membri dell'organizzazione al fi-

⁸ Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, pubblicata nella G.U. n. 265 del 13 novembre 2012.

⁹ COSO, *op. cit.*, 2006.

¹⁰ Gli *standard* maggiormente diffusi nelle *practice* correnti e presi in considerazione nel presente lavoro sono l'*Enterprise Risk Management* proposto dal COSO del 2004, l'*ISO 31000* dell'International Organization of Standardization del 2009 e l'AS-NZS 4360:1999 e nei successivi aggiornamenti del 2004 e del 2009 degli Standards Australia e Standards New Zeland.



ne di definire il livello di accettabilità del rischio. Presuppone l'osservazione degli individui, delle loro qualità personali, della loro integrità, competenze e professionalità. Consiste, inoltre, nella definizione dell'oggetto di analisi e dei soggetti responsabili.

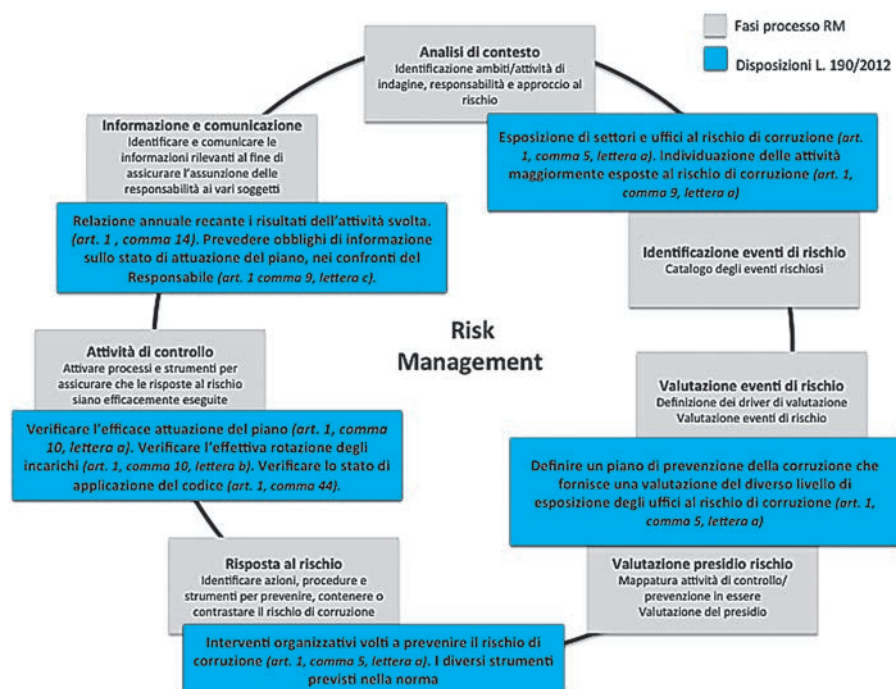
- **Identificazione del rischio:** comporta la rilevazione di fatti potenziali di origine interna ed esterna che possano pregiudicare il conseguimento degli obiettivi.
- **Valutazione del rischio:** consiste nell'analisi dei rischi in termini di probabilità di accadimento e di impatto generabile a seguito del loro verificarsi; si tratta di un'analisi strumentale alla determinazione del come devono essere gestiti.
- **Analisi del livello di presidio e trattamento del rischio:** riguarda la presa in esame del sistema dei controlli interni vigente all'interno dell'amministrazione al fine di identificare i rischi "scoperti" sui quali è necessario agire in via prioritaria. Il trattamento del rischio presuppone l'identificazione, la valutazione e la selezione di possibili risposte al rischio.
- **Monitoraggio, aggiornamento e comunicazione:** presuppone interventi continui volti a identificare eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno e a garantire la costante raccolta e diffusione delle informazioni.

Anche se nel testo della legge 190/2012 non appare un esplicito e chiaro riferimento al *risk management* come sopra definito, la logica che sottende l'intero impianto normativo è orientata alla gestione del rischio. In particolare, con riferimento alle misure preventive, nella recente normativa il fenomeno della corruzione è indicato come un rischio al quale le amministrazioni sono esposte e, più volte nel testo, si fa riferimento all'identificazione e valutazione del rischio di corruzione, e alla definizione e attuazione di strumenti e procedimenti per contrastarli.

In particolare, la legge 190/2012, all'articolo 1 comma 5 lettera a) e comma 9 lettera a), prevede che siano individuati i settori, gli uffici e le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione. Tale previsione normativa è riconducibile alle prime due fasi di un processo di *risk management*: l'analisi del contesto e l'identificazione degli eventi rischiosi. La normativa dispone, inoltre, che le amministrazioni redigano un piano di

prevenzione della corruzione nel quale venga fornita una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione. Ciò vuol dire che è necessario stabilire un *ranking* degli eventi rischiosi riconducibili ai diversi uffici, attività che corrisponde alle fasi di valutazione del rischio e di valutazione del presidio dei controlli sugli stessi. La legge prevede anche che le amministrazioni pubbliche mettano in atto interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione e indica alcuni strumenti da utilizzare a tal fine. All'interno del ciclo di *risk management*, ciò corrisponde alla fase di risposta al rischio. Infine, in sintonia con un classico ciclo di *risk management*, la norma prevede lo svolgimento di un'attività di controllo e monitoraggio e la diffusione di informazioni relative alla gestione del rischio verso l'interno e verso l'esterno (figura 1).

FIGURA 1

Le fasi del *risk management* nelle previsioni della legge 190/2012

Fonte: elaborazione Formez PA.

Pertanto, pur in assenza di un esplicito riferimento all'adozione di sistemi di gestione del rischio, di fatto la recente legge anticorruzione obbliga le amministrazioni pubbliche ad implementare processi di *risk management*.

Tra l'altro, se nella legge 190/2012 il riferimento alle logiche di *risk management* è implicito e sottinteso, il propedeutico rapporto del 2012¹¹ della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione¹² e, successivamente, la proposta di Piano Nazionale Anticorruzione P.N.A.¹³, ne fanno un esplicito richiamo.

Nel rapporto della Commissione si parte dall'assunzione di base che le misure repressive e la delegazione alla sola autorità giudiziaria della lotta alla corruzione, per quanto necessarie, non siano di per sé sufficienti. La Commissione, a fronte anche delle sollecitazioni provenienti da organizzazioni internazionali – GRECO¹⁴, Nazioni Unite¹⁵, OCSE¹⁶ – mette in

¹¹ Il rapporto è online su http://www.funzionepubblica.gov.it/media/1052330/rapporto_corruzione_29_gen.pdf.

¹² La Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione è stata istituita nel dicembre del 2011 dal Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione con il mandato di formulare alcune proposte in materia di anticorruzione e di predisporre un rapporto principalmente diretto ad identificare politiche, modalità e misure, generali e settoriali, di prevenzione della corruzione nel settore pubblico.

¹³ La proposta di Piano Nazionale Anticorruzione P.N.A., predisposta dal Dipartimento della Funzione Pubblica, sulla base di linee di indirizzo adottate da un Comitato interministeriale, e poi approvato nel mese di settembre 2013 dalla CiVIT, individuata dalla legge quale Autorità nazionale anticorruzione, è suddivisa in tre sezioni: la prima sezione espone gli obiettivi strategici e le azioni previste, da implementare a livello nazionale nel triennio 2013- 2015; la seconda sezione illustra la strategia di prevenzione a livello di ciascuna PA e contiene le direttive alle PA per l'applicazione delle misure di prevenzione, tra cui quelle obbligatorie per legge; la terza sezione contiene indicazioni circa le comunicazioni dei dati e delle informazioni al D.F.P. Il P.N.A. è corredato, inoltre, dagli Allegati e dalle Tavole sintetiche contenenti le misure che le amministrazioni debbono applicare con la tempistica.

¹⁴ Il Gruppo di Stati contro la Corruzione (GRECO) è stato istituito nel 1999 dal Consiglio d'Europa per monitorare il rispetto degli *standard* anticorruzione da parte degli Stati Membri e favorire l'attuazione delle necessarie riforme fornendo una piattaforma per la condivisione delle migliori prassi in materia di prevenzione della corruzione. L'Italia ha aderito il 30 giugno 2007 ed è stata sottoposta ai primi due cicli congiunti di valutazione che si sono conclusi con l'elaborazione di Rapporto finale contenente 22 raccomandazioni molte delle quali concernenti l'implementazione di misure preventive per la corruzione (http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/greco/evaluations/round2/GrecoRC1&2%282011%291_Italy_EN.pdf).

¹⁵ Risoluzione dell'Assemblea Generale n. 55/61 del 4 dicembre 2000 – *United Nations Convention Against Corruption* (http://www.unodc.org/documents/treaties/UNCAC/Publications/Convention/08-50026_E.pdf).

¹⁶ *Recommendation of the Council on Principles for Transparency and Integrity in Lobbying*, 2010; *Recommendation of the Council on Enhancing Integrity in Public Procurement*, 2008 (disponibile online all'indirizzo: <http://acts.oecd.org/Instruments/ShowInstrumentView.aspx?InstrumentID=131&Lang=en&Book=False>); *Recommendation of the Council on Guidelines for Managing Conflict of Interest in the Public Service*, 2003 (<http://www.oecd.org/gov/ethics/2957360.pdf>); *Principles for Managing Ethics in the Public Service*, 1998 (<http://www.oecd.org/gov/ethics/49001188.pdf>).

evidenza la necessità di adottare misure di natura preventiva, capaci di tener conto dei caratteri di diffusività e sistematicità che il fenomeno corruttivo ha assunto nel nostro Paese.

Il rapporto del 2012 evidenzia in maniera chiara che la prevenzione della corruzione richiede lo sviluppo di metodi di rilevazione e misurazione del fenomeno e la costituzione di un adeguato assetto gestionale, ispirato a modelli di *risk management*. A tal fine, la Commissione fa riferimento a strumenti (ad esempio, la mappatura del rischio), a sistemi di identificazione degli eventi rilevanti, a strumenti di analisi, valutazione e trattamento del rischio, a interventi organizzativi (quali la previsione di strutture di *auditing*, la chiara definizione del ruolo del *risk manager* e delle sue responsabilità), all'assetto di risposte al rischio, a modelli di verifica e controllo di tutte le attività, nonché ai piani di comunicazione e circolazione interna ed esterna delle informazioni finalizzati a promuovere la cultura del rischio all'interno delle organizzazioni.

Nella visione della Commissione, il processo deve coinvolgere l'intero personale e far sì che ciascuna amministrazione diventi protagonista di una propria politica di prevenzione, capace di cogliere le specificità del contesto interno ed esterno nel quale opera. Anche la Commissione riconosce in un piano anticorruzione costruito nella logica del *risk management* un ottimo strumento per contrastare la corruzione.

Sulla stessa scia, il P.N.A. richiama metodi e metodologie per la gestione del rischio; in particolare, i principi e gli indirizzi cui si fa riferimento sono desunti dallo *standard* UNI ISO 31000:2010. Inoltre, anche nel P.N.A. si conferma un approccio di prevenzione della corruzione basato sull'applicazione di logiche e strumenti di *risk management*, in cui il Piano triennale di prevenzione della corruzione delle pubbliche amministrazioni (P.T.P.C.) rappresenta lo strumento mediante il quale attuare la gestione del rischio.

Infine, per sottolineare la stretta connessione tra trasparenza e anti-corruzione, va rilevato che, in base alle recenti disposizioni del decreto legislativo 33/2013, il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, introdotto dal decreto legislativo 150/2009 e volto ad indicare le iniziative che le amministrazioni intendono implementare per garantire adeguati livelli di trasparenza e favorire la legalità e la cultura della legalità, può di-

ventare una sezione del Piano anticorruzione. L'integrazione dei due strumenti consente la messa a sistema delle iniziative volte a rafforzare l'integrità nelle pubbliche amministrazioni, in una logica preventiva di lotta alla corruzione.

Affrontare e arginare il rischio di fallimento etico presuppone, quindi, la familiarizzazione da parte delle amministrazioni pubbliche con le logiche del *risk management* e l'implementazione di processi di gestione del rischio.



IL PROCESSO DI *RISK MANAGEMENT*

Nel corso degli ultimi decenni, un numero crescente di organizzazioni, sia pubbliche sia private, ha sviluppato modelli e metodologie per la gestione dei rischi, ciò al fine di poter incrementare la *performance* e migliorare il sistema dei controlli interni.

Al fine di comprendere il contesto di riferimento e il campo di applicazione della metodologia del *risk management* occorre, innanzitutto, chiarire che con tale espressione si intende il **processo** condotto ai diversi livelli di un'organizzazione finalizzato a identificare potenziali eventi rischiosi, di diversa natura, la cui manifestazione possa ostacolare il conseguimento degli obiettivi prefissati.

Tale processo, che segue l'analisi del contesto di riferimento e l'identificazione dei rischi in grado di influenzare il raggiungimento di un determinato obiettivo, mira ad effettuare una **stima dei rischi** sulla base di indicatori in grado di evidenziare la probabilità che l'evento possa verificarsi e **l'impatto**, di natura monetaria e non monetaria, che il verificarsi dell'evento stesso possa generare.

L'obiettivo del *risk management*, tuttavia, non si esaurisce con l'analisi del grado di rischio a cui è esposta un'organizzazione – pubblica o privata – oppure, in termini più delimitati, una particolare divisione/dipartimento, una determinata procedura o uno specifico processo. Esso prevede, infatti, la valutazione del presidio dei rischi collegato al sistema dei controlli esistenti e l'introduzione di misure atte a prevenire, contenere e contrastare i rischi identificati.

Come si può evincere dalla figura 1, l'efficace implementazione di un sistema di *risk management* prende in considerazione anche due ulteriori



fasi, concomitanti con le precedenti, ossia il monitoraggio e l'aggiornamento del sistema di *risk management* e la raccolta e la diffusione delle informazioni e della comunicazione. L'attività di monitoraggio e di aggiornamento del sistema tende a rilevare, in funzione di eventuali cambiamenti interni o esterni all'organizzazione, nuovi potenziali fenomeni di rischio che possano manifestarsi e influenzare il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati. Allo stesso tempo, l'attività mira a verificare che le politiche attivate a presidio dei rischi siano efficacemente realizzate. La raccolta sistematizzata dei dati e delle informazioni oggetto del processo di valutazione del rischio e la diffusione selettiva e tempestiva di tali informazioni al personale interno all'organizzazione favorisce, da un lato, una maggiore consapevolezza del ruolo e delle responsabilità a cui ognuno di essi è chiamato, dall'altro un miglioramento del processo decisionale.

La figura 2 evidenzia le diverse fasi che caratterizzano l'introduzione in un'organizzazione del sistema di *risk management*, definite con riferimento ai diversi *standard* proposti da organismi internazionali¹⁷.

FIGURA 2

Le fasi principali di un sistema di *risk management*

Fonte: elaborazione Formez PA

¹⁷ Cfr. nota 11.

Alla luce di quanto sopra riportato, la gestione del rischio va intesa, quindi, come un processo continuo finalizzato ad aumentare il livello di consapevolezza dei rischi ai quali è esposta un'organizzazione. Attraverso un'opportuna informazione e formazione del personale sulle modalità più opportune di gestione degli eventi rischiosi identificati, tale processo può contribuire a favorire il miglioramento della *performance* dell'organizzazione stessa (si pensi, ad esempio, alla possibilità di ridurre i contenziosi nell'assegnazione di un determinato bando di gara). A tal fine, la sfida maggiore, specie per un'organizzazione pubblica, consiste nel diffondere la cultura necessaria in grado di alimentare una continua analisi, misurazione ed eventuale trattamento/mitigazione del rischio, nonché la creazione di veri e propri “presidi” di controllo volti ad attuare un monitoraggio della probabilità e dell'impatto derivante dal manifestarsi degli eventi rischiosi.

3.1 ANALISI DEL CONTESTO

Come già detto, per *risk management* si intende il processo condotto ai diversi livelli di un'organizzazione finalizzato a identificare potenziali eventi rischiosi, di diversa natura, la cui manifestazione può ostacolare il conseguimento degli obiettivi prefissati.

La gestione del rischio necessita, quindi, di una preliminare conoscenza del contesto che influenza in modo rilevante le modalità attraverso le quali le attività e i rischi sono identificati, valutati e gestiti e la definizione delle strategie e degli obiettivi di risposta.

È possibile individuare due dimensioni principali dell'analisi del contesto:

- la dimensione oggettiva;
- la dimensione soggettiva.

La **dimensione oggettiva** fa riferimento all'“oggetto di analisi” o al cosiddetto campo di applicazione del processo di *risk management*. Essa, a sua volta, può essere costituita da:

- l'organizzazione nel suo insieme;

- un Dipartimento o una specifica Area;
- un determinato progetto, nonché da un singolo procedimento o da una specifica procedura.

Al variare dell'ampiezza del campo d'indagine, i risultati prodotti dall'analisi del rischio sono diversi. Infatti, minore è l'ampiezza dell'oggetto di analisi, maggiore è la possibilità di effettuare un'approfondita identificazione degli eventi rischiosi che caratterizzano il campo d'indagine selezionato e di individuare specifici interventi volti a fronteggiare tali fenomeni. Ad esempio, laddove l'analisi venga effettuata a livello di intera organizzazione, l'identificazione degli eventi rischiosi può dar luogo alla rilevazione di procedure amministrative poco trasparenti; tale analisi, qualora sia estesa a livello di singolo Dipartimento o procedimento amministrativo, potrebbe mettere in evidenza la divergenza delle prassi adottate tra le singole unità organizzative per l'erogazione di uno stesso servizio in aree territoriali differenti, dando luogo alla "lesione del principio di pari trattamento", con conseguenti ricorsi da parte dei singoli richiedenti il servizio.

Nello svolgimento della fase dell'analisi del contesto, particolare attenzione deve essere posta anche alla **dimensione soggettiva** del processo di gestione del rischio. Ciò in quanto, la corretta individuazione dei soggetti che ai vari livelli dell'organizzazione sono coinvolti nell'attività di identificazione, valutazione e trattamento/mitigazione del rischio rappresenta un elemento critico nel processo di *risk management*.

Nelle organizzazioni – pubbliche o private – che da tempo hanno avviato al proprio interno un percorso di diffusione della cultura del *risk management* è frequente la creazione della figura del *risk manager*, che opera in *staff* al vertice dell'organizzazione, nella identificazione, valutazione e trattamento/mitigazione dei rischi aziendali. Tale figura, nell'ambito della gestione del rischio di fallimento etico nelle pubbliche amministrazioni, è riconducibile al responsabile della prevenzione della corruzione, introdotto con la legge 190/2012, art. 1 comma 7. Tuttavia, occorre notare che, affinché il *risk manager* (e la sua unità) possa condurre l'attività prima richiamata, è necessario un forte *commitment* sia da parte del vertice, sia da parte dell'intera organizzazione nel promuovere e valo-

rizzare l'analisi del rischio. Il *commitment* che deve essere riscontrabile, non soltanto nella esplicitazione della strategia generale dell'ente, ma anche, ad esempio, nella: a) emanazione di principi, linee guida e *standard* di riferimento; b) chiara assegnazione di ruoli e responsabilità all'interno dell'organizzazione; c) avvio di iniziative volte a favorire il grado di diffusione della cultura del rischio, quali formazione e sensibilizzazione del personale, finalizzate a scoraggiare comportamenti potenzialmente dannosi, e promuovere una maggiore consapevolezza del rischio. Il *commitment* rivela quindi la filosofia di gestione del rischio da cui discende l'atteggiamento dell'azienda nei confronti del rischio, in ogni sua attività.

All'interno della dimensione soggettiva, particolare rilievo assume la *dimensione della cultura organizzativa*, con specifico riferimento alla cultura del rischio etico. La cultura dell'etica all'interno dell'organizzazione può costituire essa stessa uno strumento di prevenzione della corruzione e, al contempo, rappresentare un requisito per consentire la corretta identificazione e valutazione degli eventi di rischio di fallimento etico e favorire l'efficacia degli strumenti e delle iniziative di risposta al rischio.

Box 1 – L'esperienza della Regione Siciliana - Un'applicazione dell'analisi del contesto nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

La realizzazione della matrice del rischio finalizzata ad individuare le criticità etiche presenti nella procedura di accreditamento delle strutture sanitarie in Sicilia – elaborata nell'ambito del progetto ETICA¹⁸ – ha supportato il vertice dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana nell'individuazione delle aree sulle quali intervenire per migliorare l'integrità, l'affidabilità e la trasparenza della procedura di accreditamento. Dall'analisi del quadro normativo vigente emerge che la procedura di accreditamento è attribuita alle Regioni ed è diretta all'identificazione dei requisiti, alla verifica degli stessi e all'attribuzione dello *status* di "accreditato" ai soggetti richiedenti. Pertanto, la procedura è finalizzata a:

¹⁸ Alla costruzione della matrice del rischio etico hanno partecipato Marco Burgarello, Francesco Corrallo, Delia Samonà, Fabio Sanfilippo, Maria Giovanna Titone e Federico Tosi.

- accreditare chi è in possesso dei requisiti previsti dal sistema vigente;
- escludere chi non è in possesso dei requisiti;
- fornire alle strutture sanitarie, nelle quali sono state accertate delle “non conformità” sanabili, le indicazioni (prescrizioni) per il raggiungimento dei requisiti richiesti.

In questo senso, la dimensione dell’etica nella procedura di accreditamento è stata strettamente correlata ai fattori che possono condizionare il raggiungimento delle finalità sopra delineate. Tali fattori, in quanto espressione degli elementi chiave della qualità sottesa alla procedura di accreditamento stessa, sono stati declinati in termini di:

- a. **trasparenza**: le procedure e i dati in *output* derivanti dalla procedura di accreditamento devono essere accessibili a tutti coloro che ne hanno diritto;
- b. **legalità**: certezza dell’applicazione delle norme vigenti e degli esiti legati a determinati eventi e, dunque, anche in termini di pari trattamento.

Al fine di analizzare il rischio di fallimento etico nella procedura di accreditamento delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana, il **contesto di riferimento** è stato definito attraverso un’attività di ricognizione dell’ambito normativo, al fine di esplicitare i **processi sottostanti** alla procedura di accreditamento e i **soggetti coinvolti** ai diversi livelli.

Attraverso l’analisi del quadro normativo vigente, nazionale e regionale, e la conseguente ricognizione delle direttive per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana, sono stati evidenziati:

- la modalità e la tempistica relativa alla verifica sul possesso e permanenza dei requisiti;
- i soggetti chiamati ad effettuare le verifiche;
- le competenze possedute dai soggetti da inserire nelle unità di verifica;
- la trasmissione dei flussi informativi seguenti alle verifiche effettuate dalle singole unità.

L’analisi del quadro normativo di riferimento e la raccolta di informazioni sulla modalità di verifica del possesso dei requisiti per l’accreditamento delle strutture sanitarie, quest’ultima in particolare tramite *focus group*

con il personale responsabile delle diverse unità provinciali, hanno fornito gli elementi per realizzare una **mappatura dei processi e delle relative attività sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana** (figura 3).

FIGURA 3

Processi e relative attività sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana



Fonte: progetto ETICA – Analisi del rischio Regione Siciliana 2011-2012.

All'interno della procedura di accreditamento sono stati identificati 4 differenti processi, caratterizzati da attività omogenee.

Il primo processo consiste nella “**Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria**”. A tal fine, l'Unità Accreditamento provinciale, nel quadro e nei limiti di quanto previsto (in relazione alle condizioni per la fissazione, al ricevimento dell'istanza di verifica e al termine massimo per l'esecuzione delle verifiche stesse), determina i criteri per la realizzazione delle visite da svolgere presso le singole strutture sanitarie.

Il secondo processo fa riferimento allo “**Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria**”. Esso riguarda la modalità sia di accesso alla

documentazione, alle informazioni e alle strutture, che di relazione da adottare con i soggetti (persone fisiche) riferibili alle strutture sanitarie. Il terzo processo sottostante alla procedura di accreditamento è finalizzato alla **“Predisposizione e consegna del verbale della verifica”**. In tale processo il personale dell’Unità Accreditamento, accertate delle “non conformità” sanabili, individua le prescrizioni e la relativa tempistica per far fronte alle stesse. Nel caso in cui tali “non conformità” non siano sanabili, viene emessa una proposta di sospensione dell’accreditamento. Qualora, invece, non siano riscontrate delle “non conformità”, il personale dell’Unità Accreditamento procede a stilare un rapporto di verifica positivo.

Infine, è previsto un eventuale **quarto processo**. Infatti, qualora nel processo precedente siano emerse delle “non conformità”, l’Unità Accreditamento procede a verificare – nei tempi previsti nelle prescrizioni – che la struttura sanitaria abbia adottato le necessarie azioni per colmare le “non conformità” rilevate. A seguito di tale ulteriore verifica, l’Unità Accreditamento procede all’emissione di un rapporto di verifica positivo oppure ad una proposta di sospensione dell’accreditamento.

Durante i *focus group* e le interviste realizzati in questa fase sono state acquisite anche le informazioni di dettaglio funzionali alla fase successiva di mappatura del rischio di fallimento etico descritte nel box 4 riportato al termine del paragrafo 3.3.

Box 2 – L’esperienza della Regione Campania - Un’applicazione dell’analisi del contesto nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla gestione dei Fondi FESR 2007-2013 nelle operazioni a titolarità e regia regionale

In Regione Campania è stata realizzata, nell’ambito del progetto ETICA, l’analisi del rischio di fallimento etico, con l’obiettivo di identificare e valutare tale rischio nell’erogazione e gestione dei Fondi FESR 2007-2013. A tal fine, la prima attività realizzata, in linea con il processo di *risk management*, è stata l’analisi del contesto con l’obiettivo principale di mappare le attività del procedimento di erogazione e gestione dei Fondi FESR e le attività del controllo ad esso associate. La mappatura ha restituito una visione d’insieme delle attività, degli attori e del-

le modalità di funzionamento, ed esplicitato la cultura gestionale e di controllo diffusa nell'organizzazione. Quest'ultima, al pari delle procedure, è stata fondamentale per valutare il tipo di approccio e di strumenti da privilegiare nelle fasi successive per indagare e valutare il rischio.

Per realizzare la mappatura delle attività e dei controlli si è proceduto innanzitutto all'analisi della documentazione istituzionale, essendo l'attività oggetto di analisi estremamente regolamentata.

In particolare l'analisi del documento "POR Campania FESR 2007-2013" ha permesso di delineare il contesto socio-economico di riferimento, mentre lo studio del "Manuale di Attuazione POR Campania FESR 2007-2013" ha consentito di rappresentare i compiti e le funzioni dei soggetti responsabili dell'attuazione, gestione e controllo nonché di identificare le procedure di selezione delle operazioni e le modalità di erogazione del finanziamento. L'analisi si è concentrata sulle tipologie di operazioni *Opere pubbliche* e *Acquisizioni Beni e Servizi*, distinguendo gli interventi a titolarità da quelli a regia regionale. Sono stati, inoltre, analizzati i manuali delle procedure di controllo di I e II livello al fine di delineare il sistema dei controlli vigente. Infine, è stata realizzata anche un'indagine preliminare sugli strumenti di cultura e prevenzione del rischio di fallimento etico, in particolare del documento assimilabile al Codice Etico della Regione Campania "Norme disciplinari per i dipendenti della Giunta Regionale".

Tali analisi hanno permesso di ricostruire l'intero processo attività/controlli e, quindi, di individuare le fasi e le attività del procedimento e di procedere alla ricognizione delle attività di controllo eseguite.

Tali informazioni sono state registrate in un documento Excel, articolato in maniera modulare per consentire sia una rappresentazione sintetica delle informazioni che una lettura approfondita e sistematica delle stesse. Tale documento è stato utilizzato anche come supporto nelle interviste e nei *focus group* realizzati con gli attori del controllo (Unità centrale per i controlli di I livello, costituita dall'Autorità di gestione e dai rappresentanti dei *controller* di I livello, Autorità di Audit e Autorità di certificazione) e con gli attori della gestione (in particolare il ROO – Responsabile di Obiettivo Operativo - degli obiettivi 1.2. e 1.4 e il suo *staff*). Lo scopo degli incontri era quello di socializzare la mappatura del procedimento e validare e/o integrare le infor-

mazioni relative alle modalità di realizzazione dello stesso, alle criticità riscontrate nella prassi e alle soluzioni operative non descritte dai manuali.

Attraverso i colloqui con gli attori del procedimento si è proceduto anche a rilevare l'approccio culturale nei confronti della gestione e del controllo, e l'atteggiamento nei confronti della gestione del rischio di corruzione. La conoscenza del primo è stata rilevante per la definizione degli interventi da attivare a presidio del rischio identificato e, allo stesso tempo, è risultata essa stessa una causa di evento rischioso; le informazioni relative all'approccio al rischio di corruzione sono state determinanti per identificare criticità e soluzioni per il successo del progetto e del processo di *risk management*. Nel caso specifico, la scarsa attenzione rilevata rispetto alla tematica in oggetto e la diffidenza nei confronti di uno strumento e di una ulteriore modalità di controllo – tra l'altro applicata ad una dimensione così sfuggente – hanno comportato tre tipi di indicazioni:

- sollecitare un maggior *commitment* del progetto e, quindi, far sì che l'atteggiamento e l'impegno del *top management* fosse chiaro, risolutivo e percepito da tutta l'organizzazione;
- dare al progetto un obiettivo principalmente di formazione sulla tematica del *risk management* applicata al rischio di fallimento etico;
- rendere partecipi i vari attori della gestione e del controllo nella scelta e costruzione della metodologia e degli strumenti a supporto del processo di *risk management*.

L'esperienza della Regione Campania, sottolinea la necessità di procedere ad un'analisi di contesto sia attraverso la documentazione disponibile, sia attraverso colloqui, anche quando le attività sottoposte al *risk management* sono fortemente proceduralizzate. Ciò, per due ordini di motivi:

- nell'operatività alcune attività richiedono degli adattamenti alle realtà organizzative, necessari per garantire il funzionamento dell'intero procedimento e che non sarebbero rilevabili dai manuali;
- la cultura organizzativa, la cultura etica e l'atteggiamento nei confronti della gestione del rischio sono elementi fondamentali per una corretta pianificazione e attuazione del *risk management*, non rilevabili dalla sola analisi della documentazione.

3.2 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La fase di identificazione del rischio è finalizzata ad individuare le tipologie di eventi (minacce o opportunità) che incidono sul raggiungimento degli obiettivi aziendali; per tale motivo questa fase è nota anche come **Identificazione degli eventi**¹⁹.

L'applicazione di tale fase al rischio di fallimento etico comporta che l'identificazione degli eventi sia mirata ad esplicitare tutti quei comportamenti, accadimenti, situazioni che possono generare il mancato perseguimento degli obiettivi, cioè le minacce cui è esposta l'organizzazione, un'unità organizzativa, un servizio o un processo. L'obiettivo è rilevare il più ampio spettro possibile di eventi e di raccogliere un livello di informazioni che consenta una esaustiva comprensione dell'evento rischioso.

Naturalmente, poiché la mappatura degli eventi e la raccolta di informazioni richiedono un impiego di tempo e risorse, il livello di dettaglio verso cui spingersi dovrà essere definito in funzione di un'analisi costi-benefici che prenda in considerazione anche gli obiettivi definiti a monte del processo di *risk management*. È importante, quindi, procedere all'identificazione degli eventi attraverso un rigoroso processo di analisi che passa attraverso tre fasi:

- la mappatura degli eventi collegati al rischio in oggetto;
- la descrizione degli eventi identificati;
- l'identificazione delle condizioni agevolanti e frenanti la manifestazione dell'evento.

Quest'ultima fase, a seconda della valenza che assume, può supportare la mappatura degli eventi²⁰ o approfondire l'analisi degli eventi mappati per affiancare il processo di valutazione e di trattamento del rischio²¹.

A monte di tale processo vi è l'identificazione dell'oggetto di analisi che, come illustrato in precedenza, può coincidere con l'organizzazione

¹⁹ Cfr. *standard COSO ERM*.

²⁰ COSO, 2006, *op. cit.*, pp. 48-49.

²¹ Misani N., *op. cit.*, 1994, pp. 42-46.



nel suo insieme, con una parte di essa o con un singolo procedimento o progetto. Naturalmente, più specifiche sono le unità di rischio, maggiore sarà la profondità di analisi per procedere all'identificazione degli eventi. Nel caso del rischio di fallimento etico, l'identificazione dell'intera amministrazione come unità di rischio consente, ad esempio, di individuare a livello generale eventi rischiosi quali il conflitto di interessi dei ruoli con poteri decisionali o l'assenza di trasparenza nelle procedure; gli stessi eventi, infatti, se rapportati ad un settore specifico o ad un'attività o ad un procedimento, possono essere definiti in maniera più dettagliata e puntuale. Il conflitto di interessi rapportato alle gare d'appalto può tradursi nell'inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta; così come l'assenza di trasparenza si può tradurre nell'insufficiente descrizione dell'insieme dei criteri di selezione e assegnazione nel capitolato d'oneri o nel bando di gara.

La fase di mappatura degli eventi di rischio è finalizzata a rilevare tutti i possibili accadimenti che possono originarsi in relazione all'unità di rischio oggetto di analisi e che possono produrre un impatto sul perseguimento degli obiettivi. La conoscenza delle attività e dei processi che la caratterizzano è, quindi, il prerequisito per una mappatura completa.

La mappatura, oltre a consentire l'esplicitazione degli eventi rischiosi, consente anche di rilevare eventuali interdipendenze tra eventi ed evidenziare un'esposizione congiunta di più unità di rischio allo stesso evento. Queste informazioni sono fondamentali sia per l'identificazione delle cause sia nella fase successiva di trattamento del rischio.

Inoltre, può essere utile raggruppare gli eventi per categorie, in funzione delle tematiche o dei fattori che originano gli eventi o per unità organizzative. Le categorie facilitano la valutazione delle correlazioni esistenti tra più eventi, l'identificazione dei rischi e delle opportunità e consentono di verificare la completezza della mappatura.

Una volta creata una lista di eventi si può procedere alla descrizione degli stessi; in particolare, la descrizione si sostanzia nella predisposizione di una scheda per ciascun evento, nella quale si raccolgono tutte quelle informazioni qualitative e/o quantitative utili a migliorarne la comprensione e ad una prima ricognizione sul suo impatto e sul suo presidio. In realtà,

la fase di descrizione può essere una fase “aperta” che accompagna tutto il processo di *risk management* consentendo l'alimentazione della scheda descrittiva dell'evento via via che le informazioni sono rilevate o prodotte nelle diverse fasi.

Infine, l'identificazione delle cause è finalizzata ad associare agli eventi mappati i fattori interni o esterni che originano l'evento, ossia quelli da cui dipende la realizzazione della minaccia. I fattori interni sono quelli dipendenti da comportamenti e scelte del *management* e dei dipendenti dell'organizzazione, mentre quelli esterni sono originati da soggetti terzi, come ad esempio una normativa o un cambiamento nel contesto sociale o politico. L'identificazione delle possibili categorie di cause associate al rischio può rappresentare un'utile guida all'esplicitazione degli eventi rischiosi; ad esempio, nel caso di rischio di corruzione, alcuni fattori generatori di eventi rischiosi potrebbero essere “Assenza di controllo e/o di partecipazione attiva della società civile” da cui potrebbero derivare tutti quegli eventi favoriti dall'assenza di controllo sociale, tra i quali: “Attribuzione di finanziamenti secondo logiche di favoritismo e non secondo il principio di pubblica utilità”. Tuttavia, nella pratica, è più facile identificare il singolo evento rischioso e, successivamente, identificarne le possibili cause; per tale motivo, spesso, la fase di identificazione delle cause segue quella di mappatura degli eventi rischiosi e i risultati possono essere utilizzati sia come parametri a cui ancorare la valutazione della probabilità di accadimento dell'evento rischioso, sia come leve su cui operare al fine di prevenire l'evento rischioso.

Il processo di identificazione degli eventi rischiosi si può avvalere di alcune tecniche e strumenti di supporto. Innanzitutto è opportuno sottolineare che nella pratica è preferibile utilizzare un *mix* di tecniche, ognuna delle quali si concentra sulla rilevazione esclusivamente di alcuni aspetti delle situazioni di rischio. L'applicazione congiunta o sequenziale delle tecniche consente, quindi, di superare i limiti di ciascuna di esse. Tuttavia, prima di procedere nell'applicazione di una o più tecniche, è opportuno valutare il costo, in termini di tempo e in termini monetari, che l'organizzazione è disposta a sopportare, tenendo conto anche dell'onere che la mancata individuazione di eventi rilevanti può determinare.

Di seguito sono illustrate le tecniche²² più diffuse selezionate per la loro semplicità di utilizzo, requisito fondamentale per un approccio graduale delle amministrazioni all'identificazione degli eventi di rischio di fallimento etico:

- la *prompt list*
- l'analisi dell'esperienza passata
- la *check list*
- le interviste e i *workshop*
- l'analisi del flusso di processo.

La *prompt list* consiste in un elenco dettagliato di eventi potenziali *standard* per alcuni settori di intervento o per alcuni processi o attività. In genere, la lista è predisposta attingendo a progetti simili già realizzati in passato da altre organizzazioni; naturalmente ciò presuppone che ci sia una conoscenza formalizzata e sedimentata degli oggetti di analisi. La lista non fornisce informazioni su come identificare gli eventi, ma rappresenta una base di partenza, un ausilio per le attività di identificazione vere e proprie. La *prompt list* può essere utilizzata a supporto di altre tecniche, come i *workshop*, le interviste e l'analisi dei flussi di processo, rappresentando una guida alla discussione e all'analisi. Tale strumento però, se da un lato semplifica il processo di identificazione degli eventi rischiosi suggerendo le possibili opzioni, dall'altro potrebbe disincentivare quel processo creativo e di analisi teso ad identificare gli eventi specifici per l'organizzazione o per il processo oggetto di analisi. La *prompt list*, infatti, anche se rappresenta una tecnica poco costosa, utilizzata in maniera esclusiva potrebbe produrre danni in termini di mancata individuazione di eventi rischiosi rilevanti. È, quindi, opportuno che i soggetti chiamati ad animare e guidare il processo di identificazione abbiano esperienza e professionalità per arginare il rischio di partecipazione passiva. Per questo motivo, è preferibile associare a tale strumento altre tecniche più sofisticate il cui utilizzo, preventivamente, deve essere valutato in termini di costo-beneficio.

L'*analisi dell'esperienza passata*, come suggerisce il termine stesso, fa riferimento al patrimonio di conoscenze tacite detenute dai soggetti pre-

²² Per approfondimenti cfr. COSO, *op. cit.*, 2006; Misani N., *op. cit.*, 1994; Floreani A., *op. cit.*, 2005.

senti nell'organizzazione e formalizzato in archivi appositamente predisposti per registrare gli eventi oggetto di analisi. Se da un lato tale tecnica rappresenta una fonte informativa importante per arrivare ad identificare eventi di rischio, dall'altro incontra due ordini di criticità: in caso di conoscenze tacite, l'informazione può essere soggettiva enfatizzando, quindi, un evento rischioso; in caso di presenza di archivi storici, vista la scarsa attenzione verso il *risk management* e, in particolare, verso il rischio di fallimento etico, le informazioni raccolte possono essere qualitativamente e quantitativamente insufficienti allo scopo. Inoltre, la costituzione e la manutenzione di archivi storici può risultare anche molto onerosa. Anche in questo caso, laddove fossero disponibili informazioni storiche, è opportuno affiancare tale tecnica ad altri metodi d'indagine per evitare la parzialità dell'individuazione di eventi rischiosi.

La **check list** è una lista di controllo finalizzata ad individuare gli elementi significativi di un'attività, di un sistema o di un processo, per far emergere le condizioni di criticità rispetto alla dimensione di rischio oggetto di analisi. Il contenuto della *check list* può essere l'elenco degli elementi caratterizzanti l'attività, il processo o i comportamenti indagati, per cui si chiede di valutarne lo stato in relazione alla tipologia di rischio (ad esempio, un elenco di elementi caratterizzanti l'attività di reclutamento del personale in relazione alla corruzione, o un elenco di domande chiuse volte ad esaminare le problematiche relative ad una certa area o ad un processo). La *check list* ha l'obiettivo di segnalare tutte le potenziali situazioni di rischio che vanno indagate sia direttamente dall'analista (o dal gruppo di lavoro dedicato a tale fase), sia attraverso verifiche con gli attori interessati nei luoghi detentori della conoscenza. Per tale motivo è importante che una *check list* sia completa rispetto alla problematica da indagare, anche se ciò comporta un lavoro lungo e complesso che, in genere, richiede l'intervento del *risk manager* e dei responsabili delle funzioni coinvolte; inoltre si può ricorrere ad elenchi *standard* preparati da società di consulenza o studiosi, nei casi in cui siano disponibili, che comunque vanno integrati e personalizzati secondo la realtà della propria organizzazione. Se da un lato una *check list* ben costruita è un utile supporto di facile impiego, dall'altro, come nel caso della *prompt list*, può risultare eccessivamente rigida e reprimere una partecipazione attiva e creativa. Anche

in questo caso è opportuno che lo strumento sia utilizzato in abbinamento con altri strumenti, in particolare come supporto ad interviste o ispezioni.

Le **interviste e i workshop** sono finalizzati a rilevare le informazioni ricorrendo alle conoscenze e alle esperienze del personale, del *management*, degli *stakeholder* e, in generale, di ogni soggetto che può contribuire alla corretta identificazione e descrizione dei rischi. Le interviste possono essere svolte in maniera strutturata, con l'ausilio di un questionario predisposto allo scopo, oppure possono essere informali, senza una preventiva programmazione del colloquio e lasciando l'intervistato libero di scegliere gli argomenti di cui parlare. Questo secondo tipo di intervista può risultare dispersiva, ma ha il valore aggiunto di far emergere informazioni rilevanti, soprattutto nel caso in cui l'analista non abbia già una chiara visione del problema. I *workshop* a differenza delle interviste, raggruppando più partecipanti, possono stimolare un proficuo dibattito e far emergere informazioni e rischi che nelle interviste individuali – in particolare in quelle formali – potrebbero non emergere. Per favorire una partecipazione attiva al *workshop*, è opportuno che i partecipanti siano informati preventivamente sulle finalità e sulle modalità della riunione e che durante lo svolgimento non siano dati giudizi su idee e commenti che vanno valutati in un secondo momento. Infine, è opportuno che tra i partecipanti al *workshop* non vi siano differenze gerarchiche, al fine di evitare timori e tensioni nell'esprimere le proprie idee e opinioni. A supporto sia delle interviste, sia dei *workshop* possono essere utilizzati gli strumenti precedentemente illustrati.

L'**analisi del flusso di processo** è una tecnica di schematizzazione e rappresentazione grafica delle componenti di un processo e dei loro collegamenti, esplicitando *input*, fasi, responsabilità e *output*. La scomposizione del processo in unità elementari facilita l'esplicitazione dei possibili eventi che possono originarsi in relazione alle attività e ai soggetti ad esse collegati e alla luce degli obiettivi prefissati. Inoltre, consente di identificare i punti critici del processo, ossia quelli più vulnerabili rispetto al rischio indagato, o quelli che comportano maggiori ripercussioni in caso di manifestazione di un evento rischioso. L'analisi del flusso di processo, oltre a supportare l'identificazione degli eventi rischiosi, è uno strumento

che consente di migliorare la conoscenza delle attività indagate e, di conseguenza, può essere utilizzato anche come supporto per la pianificazione dell'attività di identificazione, segnalando i punti e gli snodi di maggiore interesse su cui concentrare le indagini anche con altre tecniche quali la *check list* o le interviste.

La redazione di una lista di eventi rischiosi, con l'identificazione delle relative cause, attraverso l'utilizzo delle tecniche appena descritte, è da considerarsi uno strumento dinamico da aggiornare costantemente. Il mutare delle condizioni interne ed esterne all'amministrazione, infatti, può determinare la rimozione o il sopravvenire di altri eventi rischiosi.

Box 3 – L'esperienza della Regione Campania - Un'applicazione dell'identificazione degli eventi rischiosi nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla gestione dei Fondi FESR 2007-2013 nelle operazioni a titolarità e regia regionale

L'identificazione degli eventi rischiosi è stata supportata e facilitata dalla mappa attività-controlli sviluppata nella fase di analisi del contesto (vedi box 2, paragrafo 3.1). Lo strumento della mappa, del tutto assimilabile all'analisi del flusso di processo, ha guidato la costruzione del catalogo degli eventi rischiosi ed ha consentito l'indagine sulle singole attività del procedimento di gestione ed erogazione dei finanziamenti del FESR. La scomposizione del procedimento in fasi e attività ha agevolato anche la creazione di una *prompt list* attraverso un preliminare lavoro di ricerca e analisi documentale. Infatti, anche se nell'ambito regionale l'analisi del rischio di fallimento etico rappresentava una novità, a livello internazionale molte istituzioni e università hanno indagato il fenomeno della corruzione e alcune amministrazioni hanno implementato il processo di *risk management*, declinandolo anche per la dimensione etica (frodi, corruzione, integrità, trasparenza). La consultazione di tale materiale ha consentito di identificare una prima lista di eventi rischiosi riconducibili alle singole attività del procedimento esaminato. Per la costruzione della lista sono stati consultati, inoltre, due documenti regionali: il documento delle Irregolarità Campania POR – FESR 2000-2006, uno storico degli eventi di irregolarità che ha consentito di dare maggiore specificità territoriale al catalogo e le “Norme disciplinari per i dipendenti della Giunta Regionale”, un documento che sistematizza i

diversi regolamenti sui comportamenti dei dipendenti pubblici e fornisce ulteriori suggerimenti per identificare possibili ambiti di rischio.

La lista o catalogo di eventi rischiosi, così generata, è stata utilizzata come strumento di supporto nelle interviste e nei *workshop* realizzati inizialmente con gli attori del controllo (Unità di controlli di I livello, Autorità di Audit e Autorità di certificazione) e, in una seconda fase, con gli attori della gestione (in particolare il ROO degli obiettivi operativi 1.2 e 1.4 dell'Asse 1 del POR FESR Campania 2007/2013 e il suo *staff*). Tali incontri hanno avuto la finalità di validare gli eventi catalogati, specificarli e contestualizzarli e, infine, suggerirne di nuovi. In particolare, gli incontri con i funzionari responsabili della gestione degli obiettivi operativi specifici – O.O. 1.2 “Migliorare la salubrità dell’ambiente” e O.O. 1.4 “Migliorare la gestione integrata delle risorse idriche” – hanno avuto l’ulteriore finalità di interpretare gli eventi rischiosi per il proprio settore di appartenenza.

Ciò ha consentito di evidenziare due caratteristiche della lista:

- una generale validità ed esaustività della *prompt list* creata attraverso la consultazione di documenti e degli attori del controllo;
- una flessibilità della *prompt list* che, a seconda del settore e della tematica di riferimento, può richiedere integrazioni e specificazioni di eventi o la non applicabilità degli eventi.

Le informazioni rilevate durante gli incontri sono servite non solo ad identificare eventi rischiosi, ma anche a descriverli e contestualizzarli, consentendo una prima valutazione in merito alla possibilità di impatto e di controllo.

La seguente tabella illustra i rischi di fallimento etico identificati e codificati per l'erogazione e gestione del POR FESR Campania 2007-2013.

TABELLA 1

Catalogo degli eventi di rischio di fallimento etico del POR FESR Campania 2007-2013.

DESCRIZIONE DELL'EVENTO RISCHIOSO - ER

ER. 1 Non adeguata applicazione del sistema dei controlli dell'OI – Organismo Intermedio

ER. 2 Pilotamento della procedura di gara attraverso l'inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta

ER. 3 Elusione della regola della formazione concorrenziale del corri-

spettivo attraverso l'imposizione di accordi ai partecipanti sulle offerte di ribasso da presentare

ER. 4 Ottenimento preventivo di indicazioni tecniche destinate a rendere il progetto esecutivo più completo ed adeguato, dunque preferibile rispetto ad altri

ER.5 Fuga di informazioni

ER.6 Rilascio di autorizzazioni (per esempio VIA, cambi di destinazioni d'uso) in assenza di adeguate verifiche

ER. 7 Redazione di testi scritti con un linguaggio poco chiaro e poco comprensibile

ER.7 bis Non coerenza tra i documenti che compongono il bando (discrepanza)

ER. 8 Inadempienza dovuta alla mancata citazione dell'insieme dei criteri di selezione e assegnazione nel capitolato d'oneri o nel bando di gara

ER. 8 bis Inadempienza dovuta all'insufficiente descrizione dell'insieme dei criteri di selezione e assegnazione nel capitolato d'oneri o nel bando di gara

ER. 9 Irregolarità dovuta all'applicazione di criteri di selezione illegali

ER. 10 Definizione insufficiente dell'oggetto di appalto, tale da consentire ai candidati di interpretare con ampia discrezionalità l'oggetto dell'appalto e agli enti appaltanti di valutare con pari discrezionalità le offerte e favorire una aggiudicazione pilotata dell'appalto

ER. 10 bis Definizione discriminatoria dell'oggetto di appalto

ER. 11 Inadeguatezza della pubblicità del bando di gara

ER. 12 Brevità del tempo intercorrente tra la pubblicazione del bando di gara e la scadenza per la presentazione delle offerte

ER. 13 Modifica del preventivo di uno dei soggetti in gara su invito informale del responsabile del procedimento, a seguito dell'acquisizione dei preventivi dei concorrenti

ER. 14 Assenza della necessaria indipendenza del decisore in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interesse

ER. 15 Mancata rilevazione ed esclusione di offerte anomale al ribasso, senza adeguata giustificazione

ER.16 Mancata verifica di corrispondenza tra costo proposto e costo *standard* della prestazione, senza adeguata giustificazione

ER. 17 Cedimento a illecite pressioni

ER. 18 Elusione fraudolenta della regola del ricorso a procedure garantite di scelta dell'altro contraente, ricorrendo indebitamente alla tratta-

tiva privata nonostante l'assenza del criterio di estrema urgenza derivante da eventi imprevedibili o per lavori, servizi o forniture complementari in assenza di una circostanza imprevista.

ER. 19 Violazione del principio di parità di trattamento a tutti i soggetti che vengono in contatto con la pubblica amministrazione

ER. 20 Presentazione e/o accettazione di documentazione falsa

ER. 21 Scarsa disponibilità e ostacolo all'esercizio dei diritti dei cittadini da parte del funzionario pubblico

ER. 22 Previsione di clausole di rinnovo automatico dei contratti e di periodi di ultrattività degli stessi

ER. 23 Considerazione delle attività accessorie (dunque incluse nel contratto principale ancorché comportanti ulteriori costi) come attività autonome al fine di sottoporle a nuove procedure di evidenza pubblica

ER. 24 Affidamento, all'impresa che conduce i lavori, dell'esecuzione di varianti tecniche evitando la procedura di evidenza pubblica

ER. 25 Mancata esecuzione di controlli o inadeguati controlli interni destinati alla verifica della qualità dei materiali, del rispetto del progetto dell'opera e della corretta esecuzione della prestazione

ER. 26 Falsa certificazione attestata dai concorrenti e collusione del funzionario responsabile del procedimento in fase di controllo

ER. 27 Ricorso alla tecnica del subappalto a favore di società caratterizzate da infiltrazioni mafiose o criminali da parte di società prestanome o comunque colluse con le prime

ER. 28 Corruzione del pubblico ufficiale finalizzata alla giustificazione, da parte di quest'ultimo, di revisioni nei prezzi o estensioni del contratto

ER. 29 Manipolazione di un contratto redatto per mano dell'appaltatore e grazie alla connivenza di un pubblico ufficiale, al fine di effettuare lavori supplementari

ER. 30 Accettazione da parte del pubblico ufficiale di riserve prive di fondamento da parte dell'operatore economico

ER. 31 Corruzione del pubblico ufficiale per evitare l'applicazione di penali in caso di scarsa *performance* e/o per ignorare obbligazioni contrattuali dell'appaltatore

ER. 32 Falsa fatturazione e/o sovrapprezzo volta all'ottenimento di un ritorno economico da parte del pubblico funzionario

ER. 33 Manomissione e/o alterazione delle informazioni inserite nel sistema informativo

ER. 34 Inadeguata verifica della coerenza dei progetti con i criteri di selezione previsti

ER. 35 Mancata rilevazione dell'ammissione a finanziamento a valere su altre fonti

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2011-2012.

La lista degli eventi rischiosi, denominata “catalogo degli eventi di rischio di fallimento etico”, è confluita in un documento Excel creato per la registrazione delle informazioni relative all’analisi del rischio e che ha generato una scheda in cui gli eventi sono stati catalogati inserendo:

- il codice dell’attività del procedimento a cui si riferisce il rischio di fallimento etico;
- il codice dell’evento rischioso e la descrizione dello stesso, che ne esplicita le caratteristiche;
- la macrocategoria di eventi rischiosi a cui appartiene;
- la fonte dalla quale è stato identificato lo specifico evento rischioso.

Per garantire una più immediata comprensibilità degli eventi rischiosi e consentire una progettazione più efficace ed efficiente di un modello di risposta al rischio, sono state identificate le macrocategorie di seguito elencate:

- pilotamento della procedura di gara;
- assenza o carenza di controlli;
- assenza di adeguati livelli di trasparenza;
- falsificazione di documentazione;
- elusione delle procedure di evidenza pubblica;
- corruzione del funzionario pubblico;
- mancata assicurazione di equità;
- conflitto di interessi.

La fase di identificazione delle cause è stata principalmente finalizzata a supportare la definizione delle risposte (azioni e strumenti) al rischio (fase del trattamento del rischio). Il processo di identificazione dei fattori agevolanti la manifestazione dell’evento rischioso è avvenuto sia attraverso un’analisi delle caratteristiche del processo – avvalendosi sempre della mappa attività-controlli – e degli eventi rischiosi, sia attraverso il coinvolgimento tramite *focus group* dei beneficiari (principalmente comuni) degli O.O. 1.2 e 1.4, dei *team* degli obiettivi operativi e dei *controller* di I livello.

L'elaborazione delle informazioni ottenute dall'analisi documentale e dagli incontri ha consentito l'esplicitazione delle seguenti cause:

- **assenza di competenza dei pubblici ufficiali:** il processo di erogazione e gestione dei Fondi FESR richiede specifiche professionalità a cui si sommano anche specifiche competenze nei settori di intervento, come ad esempio il settore ambiente, non sempre riscontrabili nei soggetti coinvolti;
- **assenza di responsabilizzazione dei pubblici ufficiali:** il processo di erogazione e gestione dei Fondi FESR comporta l'assunzione di decisioni da parte di diversi soggetti a fronte delle quali non sempre corrispondono idonei meccanismi di responsabilizzazione (sanzioni e premi);
- **assenza di adeguati *standard* e strumenti:** il processo di erogazione e gestione dei fondi FESR prevede la messa in atto di procedure fortemente standardizzate, delle quali spesso viene verificato il solo rispetto formale, non sufficiente per la rilevazione di fenomeni di corruzione e/o di non integrità;
- **assenza di controlli preventivi:** il sistema dei controlli associato alla gestione dei Fondi FESR è principalmente finalizzato alla verifica del rispetto di procedure e regolamenti *in itinere* o a conclusione di singole fasi o azioni del processo;
- **assenza di un'accezione manageriale del sistema di controllo:** il controllo è inteso come un'attività ispettiva volta principalmente a infliggere sanzioni e non come attività di indirizzo e supporto della gestione;
- **manca di un'adeguata cultura dell'etica e dell'integrità:** si fa riferimento ad un contesto sociale in cui l'etica e l'integrità non rappresentano dei punti cardine dell'agire sociale e, quindi, neanche pubblico;
- **assenza di strumenti e modalità per favorire il controllo sociale:** è assente una cultura della partecipazione da parte sia delle amministrazioni, sia dei cittadini e sono ancora deboli gli strumenti di trasparenza che possono favorire l'attivazione.

Anche tali informazioni sono confluite nel documento Excel predisposto e sono state messe in relazione sia con gli eventi rischiosi identificati, sia con la loro valutazione, al fine di fornire utili indicazioni per determinare le modalità di risposta al rischio.

3.3 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio misura l'incidenza di un evento potenziale sul conseguimento di un determinato obiettivo. Tale valutazione risulta particolarmente importante per il vertice di un'organizzazione, in quanto consente di scremare gli eventi rischiosi, in grado di determinare un impatto significativo sul contesto investigato, da quelli poco rilevanti.

La valutazione del rischio viene solitamente effettuata incrociando due dimensioni: la probabilità e l'impatto. La probabilità consente di rispondere alla domanda: quanto è probabile che l'evento accada in futuro? L'impatto rileva l'effetto generato come conseguenza del verificarsi dell'evento. In quest'ultimo caso, si cerca di fornire una risposta al seguente interrogativo: a quanto ammonta il danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso?

Attraverso la graduazione dell'evento rischioso, accadimenti caratterizzati da una bassa probabilità e da un impatto potenzialmente basso tenderanno ad essere tralasciati dal vertice di un'organizzazione o dal responsabile di un Dipartimento. Maggiore attenzione sarà, invece, dedicata a fenomeni ad alta probabilità e alto impatto. Le fattispecie che si trovano tra le due estremità sono di difficile determinazione e vanno analizzate con molta attenzione in relazione alle priorità dell'organizzazione nella quale viene condotta l'indagine.

La stima della probabilità e dell'impatto del rischio avviene attraverso l'individuazione di opportuni indicatori caratterizzati da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento.

La probabilità misura la frequenza di accadimento – il numero di volte che un evento si ripeterà in un determinato intervallo di tempo; per la stima della probabilità occorre far riferimento, innanzitutto, all'analisi delle cause da cui trae origine il rischio e ai nessi di causa-effetto tra i fattori che sono in grado di accrescere o ridurre la probabilità di manifestazione dell'evento identificato. In presenza di eventi per i quali sono disponibili delle serie storiche sulla frequenza dell'accadimento, si può ricorrere all'utilizzo di tecniche quantitative, basate sull'impiego di modelli matematico-statistici; oppure a tecniche qualitative, laddove non so-

no disponibili dati storici o sono scarsi e poco affidabili. Le tecniche qualitative si basano su valori di giudizio soggettivo, basato sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio. L'approccio soggettivo offre un insieme ampio di tecniche per ricondurre i giudizi ad uno schema razionale di valutazione, riducendo l'arbitrarietà. In particolare, le tecniche soggettive si distinguono in qualitative, semiquantitative e quantitative, a seconda che riconducano o meno i giudizi di valore in quantità.

In particolare, per un evento di corruzione, la considerazione di quante volte è accaduto negli anni passati è abbastanza ininfluente ai fini della valutazione della probabilità di accadimento in futuro, per la stessa natura della corruzione; l'evento corruttivo, infatti, potrebbe semplicemente non essere stato rilevato, "scoperto", eppure essere molto frequente.

L'analisi dei trend storici può fornire utili indicazioni. Tuttavia, risulta comunque necessario che accanto al numero di episodi accaduti in passato si prendano in considerazione anche altre variabili, quali, ad esempio, il sistema dei controlli in essere, il livello di standardizzazione delle procedure, il livello di informatizzazione, il livello di cultura etica – che consentano di legare la valutazione della probabilità a caratteristiche oggettive di funzionamento dell'ambito indagato o a fattori esterni che possono incidere sulla manifestazione o meno dell'evento rischioso.

La determinazione dell'impatto presenta anch'essa un elevato grado di complessità e di incertezza. Si pensi, ad esempio, alle fattispecie per le quali non risulta possibile esprimere l'impatto in termini quantitativo-monetari e che danno luogo inevitabilmente ad un incremento del grado di soggettività nella determinazione dell'impatto. Inoltre, il verificarsi di un determinato evento può dar luogo ad un impatto diretto come, ad esempio, il pagamento di penali e richieste di risarcimento danni, oppure un impatto indiretto, in termini di perdita di immagine e credibilità dell'organizzazione. La valutazione dell'impatto richiede, quindi, che vengano, innanzitutto, identificate la dimensione o le dimensioni di impatto significative in relazione all'ambito indagato quali dimensione organizzativa, economica, reputazionale. Alcune di queste dimensioni sono difficili da stimare sia per la natura stessa dei fenomeni osservati che per l'individua-

zione di un orizzonte temporale rilevante. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, una questione che viene posta alla base della determinazione degli indicatori di probabilità e impatto è costituita proprio dalla definizione di un "congruo arco temporale" in grado di cogliere il manifestarsi dei fenomeni oggetto dell'analisi.

In presenza di fenomeni che non si prestano ad una quantificazione o i cui dati non risultano disponibili o, ancora, nei casi in cui la ricerca e l'analisi di tali dati risulta particolarmente onerosa, nell'acquisizione della "fonte dei dati" si ricorre all'utilizzo di tecniche qualitative. Laddove, invece, si è in presenza di serie storiche, un approccio di natura quantitativo è particolarmente suggerito. In questi casi, è possibile adottare tecniche quali il *benchmarking*.

Le interviste, i *workshop* o i *focus group* costituiscono gli strumenti tipici dell'approccio di tipo qualitativo alla valutazione del livello di probabilità e di impatto dei rischi.

Sulla base dei dati acquisiti, attraverso un approccio quantitativo e/o qualitativo, viene realizzata una "graduazione" del livello di rischio (probabilità e impatto) attraverso delle "scale di misurazione" (per esempio: nominale, ordinale, a intervalli e proporzionale). In questo modo è possibile attribuire ad un determinato evento analizzato una probabilità di accadimento e un impatto che variano, secondo scale di graduazione, rispettivamente, da molto alta, alta, media, bassa a molto bassa, e da maggiore, moderato, minore a insignificante.

Al fine di rappresentare graficamente e in maniera leggibile – sia sotto il profilo della probabilità sia dell'impatto – l'analisi della valutazione dei rischi, è possibile ricorrere alle cosiddette "matrici del rischio".

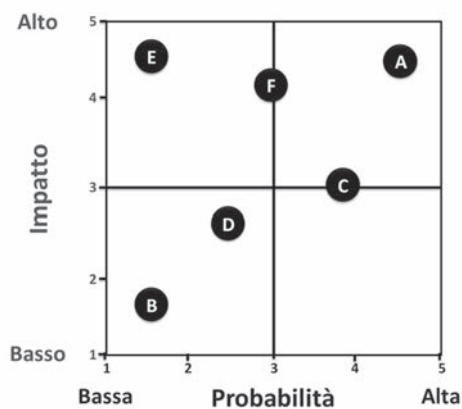
La rappresentazione dei rischi attraverso le matrici è particolarmente efficace quando si impiegano tecniche qualitative. In questo caso, infatti, il rischio non può essere sintetizzato con un determinato numero o con una serie numerica come accade in presenza di modelli matematico-statistici.

La matrice del rischio può assumere forme differenti, quali, ad esempio, un quadro sinottico o un *flowchart* di processo. In figura 4 è riportato un esempio di mappa del rischio a matrice, nella quale sono indicati, lungo l'asse delle ordinate e delle ascisse, rispettivamente l'impatto e la pro-

babilità. Tale rappresentazione è particolarmente utile per supportare il decisore nel valutare in modo selettivo le decisioni da intraprendere in funzione delle priorità assegnate ai fenomeni analizzati.

Il posizionamento dei cerchi indicati con le lettere da A a F all'interno della matrice consente al decisore di individuare le aree nelle quali si annidano le maggiori incertezze e i fenomeni che possono dar luogo ai maggiori “effetti” negativi.

FIGURA 4
Mappa del rischio



Fonte: elaborazione Formez PA.

Box 4 – L’esperienza della Regione Siciliana – Un’applicazione della valutazione del rischio nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

La costruzione della matrice del rischio richiede la stima della probabilità e dell’impatto del rischio di fallimento etico.

La valutazione della **probabilità di rischio di fallimento etico** sottostante alla procedura di accreditamento, intesa come potenziale *deficit* di trasparenza e legalità, è stata condotta attraverso un’analisi dell’applicazione degli “strumenti di regolazione dell’attività” (ad esempio, i verbali o le schede di *reporting* dell’attività di verifica) e degli “*standard* di svolgimento delle attività” (ad esempio, la modalità con la quale procedere alla calendarizzazione delle verifiche o alla determinazione del gruppo di lavoro per lo svolgimento della verifica) disponibili e utilizzati da parte dei soggetti coinvolti nel processo di accreditamento.

L’**impatto di rischio di fallimento etico** è stato determinato sulla base dei seguenti elementi:

- numero di contenziosi sorti tra Assessorato/ASP e strutture sanitarie relativamente alla procedura di accreditamento;
- contestazioni di irregolarità a seguito di attività ispettive “diverse” e ulteriori rispetto alla procedura di accreditamento in esame;
- contestazioni di reati contro la pubblica amministrazione (e, in particolare, a fenomeni corruttivi o concussivi) agli attori coinvolti nella procedura di accreditamento.

Con riferimento alla **valutazione della probabilità di rischio di fallimento etico**, la tabella 2 evidenzia, insieme ai singoli eventi rischiosi collegati alle attività sottostanti ai processi caratterizzanti la procedura di accreditamento rilevati nel box 1, la mappatura della probabilità del rischio di fallimento etico come risultato delle informazioni acquisite da parte dei responsabili delle Unità Accreditamento durante lo svolgimento dei *focus group*.

TABELLA 2

Mappatura della probabilità del rischio di fallimento etico relativa ai processi sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana come risultante dalle informazioni acquisite da parte dei Responsabili delle Unità Accreditamento durante lo svolgimento dei *focus group*

PROCESSI	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI DI RISCHIOSITÀ									PROBABILITÀ DI RISCHIO ETICO
			1. Assenza di strumenti di regolazione			2. Assenza di sovrapposizione tra strumenti di regolazione e prassi operative			3. Divergenza tra le prassi operative			
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	Lesione del principio di pari trattamento nella calendarizzazione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	1
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento nella comunicazione o meno delle verifiche programmate	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento con riferimento ad eventuali deficit informativi dei referenti identificati nel corso della verifica	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,9
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	Lesione del principio di pari trattamento in relazione alla presenza di differenti competenze nel gruppo di lavoro	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
	Numero di visite per struttura e durata delle visite	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione all'oggetto della verifica ed alla gestione e conclusione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione ai contenuti del rapporto ed alle modalità di comunicazione alla struttura sanitaria	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,7
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	Lesione del principio di trasparenza	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempestività – modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione alle modalità per stabilire i criteri alla base delle prescrizioni e la relativa tempestività	B	M	A	B	M	A	B	M	A	1

Gli eventi rischiosi riportati nella tabella 2 sono riconducibili agli elementi che possono condizionare la qualità di una “gestione etica” della procedura di accreditamento.

Gli indicatori di rischio utilizzati sono:

- la presenza/assenza di strumenti di regolazione;
- la coerenza delle prassi operative sviluppate dalle Unità Accreditamento presso le ASP siciliane rispetto agli strumenti di regolazione;
- il grado di uniformità delle prassi operative sviluppate dalle unità accreditamento presso le ASP siciliane.

La tabella evidenzia in grigio la valutazione degli indicatori di rischio effettuata da parte dei responsabili delle Unità Accreditamento durante i *focus group*.

La stima degli indicatori è stata effettuata utilizzando la seguente scala di misurazione qualitativa:

Giudizio	Scala di misurazione
Bassa (B)	0,25
Media (M)	0,6
Alta (A)	1

Al fine di verificare l'adeguatezza degli indicatori di probabilità e di impatto del rischio, è stata anche condotta un'attività di rilevazione sul campo finalizzata all'acquisizione documentale degli atti prodotti dalle singole unità dell'accREDITamento delle ASP della Regione Siciliana, ed in particolare:

- degli atti e documenti di emanazione regionale/assessoriale costituenti il quadro normativo e gli strumenti di regolazione esistenti;
- degli atti prodotti dalle unità operative durante le attività di verifica dei requisiti per l'accREDITamento delle strutture sanitarie, a validazione dei valori assegnati agli indicatori di probabilità.

A tal fine, l'attività di rilevazione è stata compiuta su un campione di strutture accreditate. L'attività è stata finalizzata, in particolar modo, laddove gli strumenti di regolazione erano assenti, ad individuare le prassi consolidate presso le rispettive ASP, le loro differenze e le loro sovrapposibilità, per procedere ad un'ulteriore revisione degli indicatori di probabilità.

Tale analisi ha determinato, innanzitutto, una rimodulazione degli indicatori di probabilità del rischio di fallimento etico relativi ai processi sottostanti alla procedura di accREDITamento precedentemente stimati sulla base dei *focus group* condotti con i responsabili delle Unità AccREDITamento (si veda tabella 3).

TABELLA 3

Rimodulazione della mappatura della probabilità del rischio etico relativa ai processi sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana come risultante dalle rilevazioni presso le Unità Operative Accreditamento.

PROCESSI	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI DI RISCHIOSITÀ									PROBABILITÀ DI RISCHIO ETICO
			1. Assenza di strumenti di regolazione			2. Assenza di sovrapposizione tra strumenti di regolazione e prassi operative			3. Divergenza tra le prassi operative			
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	Lesione del principio di pari trattamento nella calendarizzazione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,87
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento nella comunicazione o meno delle verifiche programmate	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento con riferimento ad eventuali deficit informativi dei referenti identificati nel corso della verifica	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,78
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	Lesione del principio di pari trattamento in relazione alla presenza di differenti competenze nel gruppo di lavoro	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
	Numero di visite per struttura e durata delle visite	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione all'oggetto della verifica ed alla gestione e conclusione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione ai contenuti del rapporto ed alle modalità di comunicazione alla struttura sanitaria	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,67
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	Lesione del principio di trasparenza	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Verifica ex post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempistica – modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione alle modalità per stabilire i criteri alla base delle prescrizioni e la relativa tempistica	B	M	A	B	M	A	B	M	A	1

La validazione degli indicatori di impatto individuati è stata condotta attraverso l'analisi del numero di contenziosi sorti tra Assessorato/ASP e le strutture sanitarie relativamente alla procedura di accreditamento. Per quanto attiene, invece, alle “contestazioni di irregolarità” a seguito

di attività ispettive diverse e ulteriori rispetto alla procedura di accreditamento in esame, non sono stati riscontrati casi effettivamente collegabili con le attività sottostanti alla procedura di accreditamento. Con riferimento alle “contestazioni di reati contro la pubblica amministrazione” (ed in particolare a fenomeni corruttivi o concussivi) agli attori coinvolti nella procedura di accreditamento, le poche informazioni disponibili in forma parziale e frammentaria non sono risultate significative ai fini dello studio. Pertanto si è preferito orientarsi sull’analisi del contenzioso evidenziando le seguenti categorie:

- contenzioso non ancora definito;
- contenzioso definito prima della decisione, a seguito di accordo tra Assessorato e Struttura sanitaria privata;
- contenzioso definito con esito favorevole all’Assessorato: casi in cui il ricorso della struttura sanitaria non è stato accolto;
- contenzioso definito con esito sfavorevole all’Assessorato.

Di seguito si riporta la ripartizione del contenzioso rilevato tra le categorie sopra descritte:

TABELLA 4

Ripartizione del contenzioso con riferimento allo stato di definizione

STATO CONTENZIOSO	QUANTITA'	PERCENTUALE SUL TOTALE
A. NON ANCORA DEFINITO	48/147	32,65 %
B. DEFINITO PRIMA DELLA DECISIONE	0/147	0 %
C. DEFINITO CON ESITO FAVOREVOLE ALL'ASSESSORATO	10/147	6,80 %
D. DEFINITO CON ESITO SFAVOREVOLE ALL'ASSESSORATO	89/147	60,55 %
TOTALE	147/147	100 %

Ai fini della definizione della mappatura dell’impatto, i contenziosi sopra riportati sono stati distribuiti con riferimento ai processi ed alle attività sottostanti alla procedura di accreditamento.

TABELLA 5

Definizione degli indicatori di impatto con riferimento ai processi sottostanti alla procedura di accreditamento in seguito all'analisi del contenzioso

PROCESSI	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	DISTRIBUZIONE CON RIFERIMENTO ALLA TABELLA 3		% PER ATTIVITA'	% PER PROCESSO	DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI IMPATTO SULLA BASE DELLA RILEVANZA DEL CONTENZIOSO "D"		
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	A	13/74	A 17,57	A 17,57%	1		
		B	0/74	B 0,00				
		C	1/74	C 1,35	B 0,00 %			
		D	60/74	D 81,08				
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	A	-	-	C 1,35 %			
		B	-	-				
		C	-	-	D 81,08 %			
		D	-	-				
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	A	-	-	-	0,25		
		B	-	-				
		C	-	-				
		D	-	-				
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	A	-	-				
		B	-	-				
		C	-	-				
		D	-	-				
	Numero di visite per struttura e durata delle visite	A	-	-				
		B	-	-				
		C	-	-				
		D	-	-				
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	A	19/34	A 58,88	A 58,88 %	0,6		
		B	0/34	B 0				
		C	6/34	C 17,65	B 0 %			
		D	9/34	D 26,47				
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	A	-	-	C 17,65 %			
		B	-	-				
		C	-	-	D 26,47 %			
		D	-	-				
	Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempistica – modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni	A	13/26	A 50,00		A 50,00 %	0,85
			B	0/26	B 0		B 0 %	
			C	3/26	C 11,54		C 11,54 %	
			D	10/26	D 38,46		D 38,46 %	

La somma dei casi considerati nella tabella 5 è pari a 134, invece di 147, in quanto in 13 casi la documentazione presente in fascicolo non ha permesso un'attribuzione specifica ad una delle categorie sopra identificate.

Dall'analisi si evidenzia, innanzitutto, come l'attivazione del contenzioso dia luogo ad una forte prevalenza di casi in cui l'esito è sfavorevole alla pubblica amministrazione. Tenuto conto che il contenzioso riguarda quasi esclusivamente casi di esclusione dal sistema di accreditamento, si può trarre come indicazione generale la sussistenza di un alto rischio di non soddisfare le finalità principali della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie.

Dall'analisi dettagliata dei singoli processi sottostanti alla procedura di accreditamento si evidenzia, innanzitutto, la rilevanza dei contenziosi relativi alla calendarizzazione ed all'esecuzione delle verifiche. Assumono, inoltre, rilievo i contenziosi relativi alla modalità di gestione delle contestazioni ed alle relative prescrizioni, anche in questo caso con un forte accento sul rispetto della tempistica di adeguamento. Sulla base dell'analisi sopra riportata, di seguito è mostrata la mappa del rischio di fallimento etico relativa alle attività sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana.

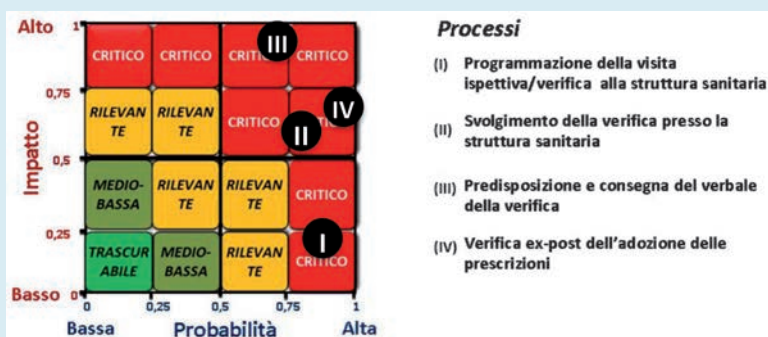
TABELLA 6

Probabilità e impatto di rischio di fallimento etico relativi ai processi sottostanti la procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana.

PROCESSI	PROBABILITÀ DI RISCHIO ETICO (TABELLA 2)	IMPATTO DI RISCHIO ETICO (TABELLA 4)
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	0,87	1
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	0,78	0,25
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	0,67	0,6
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	1	0,85

FIGURA 5

Matrice del rischio di fallimento etico relativa alle attività sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana, con indicazione delle aree particolarmente critiche



Alla luce dell'analisi sopra riportata, i quattro processi presentano complessivamente una elevata esposizione al verificarsi di eventi rischiosi in grado di inficiare le finalità della procedura di accreditamento stessa. Con riferimento al primo dei processi esaminati, relativo alla “Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria”, l'elevata criticità è dovuta ad un duplice fenomeno: il mancato rispetto dei termini, in particolare da parte di una delle ASP siciliane, nello svolgimento delle verifiche ha comportato la contestazione da parte delle strutture sanitarie non accreditate e ha generato un giudizio sfavorevole nei confronti dell'amministrazione regionale.

Il secondo processo relativo allo “Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria”, pur non essendo caratterizzato da un'elevata criticità dal punto di vista dell'impatto, presenta degli elementi problematici con riferimento alla probabilità che l'evento rischioso possa verificarsi. Tali elementi sono riconducibili, in particolare, alla variabilità sia delle “competenze effettive del gruppo di lavoro” che effettua la verifica, non sempre corrispondenti a quelle previste dalla normativa in materia, sia dei “carichi di lavoro” del personale delle Unità Operative Accreditamento e di conseguenza del “numero delle visite per struttura” e della “durata delle visite stesse”. Tali discrepanze sono passibili di generare, in termini di rischio, una lesione del “principio di pari trattamento” e di “trasparenza” in relazione all'oggetto della verifica e alla gestione e conclusione delle verifiche stesse. Alla luce di quanto emerge nei due processi prima richiamati, un opportuno dimensionamento, con le competenze richieste, delle singole Unità Operative Accreditamento può sicuramente contribuire a ridurre la probabilità che l'evento rischioso possa verificarsi.

Il terzo processo “Predisposizione e consegna del verbale della verifica” presenta una criticità medio-alta dal punto di vista sia della probabilità, sia dell'impatto derivante dal verificarsi dell'evento rischioso. Ciò è dovuto principalmente ad un'elevata “divergenza tra le prassi operative” adottate dalle singole Unità Operative Accreditamento, per quanto attiene sia alla “modalità di compilazione del rapporto di verifica”, sia alla tipologia dei “flussi informativi” relativi allo stato e all'andamento delle verifiche verso il Dipartimento responsabile dell'accreditamento delle strutture sanitarie (DASOE) dell'Assessorato regionale alla Salute. Il rischio sottostante al processo finalizzato alla “Predisposizione e consegna del verbale della verifica” può essere sicuramente attenuato attraverso un intervento da parte dell'Assessorato volto a regolamentare:

- la modalità di compilazione del rapporto di verifica, ad esempio, attraverso l'introduzione di una modulistica che sia disponibile su una piattaforma informatica accessibile direttamente al momento della verifica dal personale dell'Unità Operativa Accreditamento e che possa garantire elementi di tracciabilità delle modifiche effettuate dai singoli operatori e una data certa di chiusura del rapporto stesso;
- la standardizzazione dei flussi informativi da parte delle Unità Operative Accreditamento al DASOE, ad esempio, attraverso l'utilizzo della stessa piattaforma informatica impiegata per la compilazione del *report* di verifica da parte del personale delle Unità Operative Accreditamento.

L'intervento sopra delineato, inoltre, potrebbe determinare delle economie di tempo (per esempio, la compilazione cartacea del *report* di verifica e la trascrizione dei risultati per la trasmissione degli stessi al DASOE) che andrebbero ad incrementare l'efficacia del processo precedente, ossia dello "svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria".

Maggiormente critica, rispetto agli ultimi due processi analizzati, risulta la "Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni". Ad oggi, il personale delle Unità Operative Accreditamento decide autonomamente in quali casi procedere all'individuazione delle prescrizioni, nonché dei tempi necessari per colmare le carenze riscontrate durante la verifica del possesso dei requisiti da parte delle strutture sanitarie private. Inoltre, è lasciata alla discrezione delle singole unità operative la modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni. Ciò implica un'elevata divergenza delle prassi adottate dalle singole unità operative, nonché l'esposizione dell'Assessorato a contenziosi che, nella maggior parte dei casi, sono definiti con esito sfavorevole per l'amministrazione regionale.

Tra le possibili azioni volte a contenere i fenomeni di rischio sopra delineati, l'Assessorato potrebbe intervenire attraverso una regolamentazione del processo di verifica *ex post* dell'adozione delle prescrizioni, ad esempio, definendo una griglia contenente le prescrizioni e la relativa tempistica in seguito all'individuazione da parte del personale delle unità operative di determinate carenze riscontrate in sede di verifica. In questo modo il personale delle diverse Unità Operative Accreditamento, in seguito alla contestazione delle carenze riscontrate, potrebbe assegnare delle prescrizioni e una tempistica uniforme sia all'interno della stessa area di competenza, sia all'interno del territorio siciliano.

Box 5 – L’esperienza della Regione Campania - Un’applicazione della valutazione del rischio nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla gestione dei Fondi FESR 2007-2013 nelle operazioni a titolarità e regia regionale

All’identificazione degli eventi rischiosi di fallimento etico, richiamata nelle pagine precedenti (si veda box 3 paragrafo 3.2), è seguita la fase di **valutazione del rischio** attraverso la definizione dell’**impatto** e della **probabilità** del verificarsi di ciascun evento rischioso. Tale fase ha presupposto la preliminare identificazione dei **driver** sulla base dei quali è stata realizzata la valutazione del rischio.

I **driver** sono stati identificati attraverso un preliminare lavoro di ricerca che, attraverso esperienze internazionali e letteratura in materia, ha fornito indicazioni per l’identificazione degli indicatori adeguati di probabilità e di impatto. Conseguentemente è emersa l’opportunità di utilizzare indicatori di impatto economico-finanziari, in modo da legare l’etica ad una dimensione più tangibile e misurabile. Infatti, anche se in letteratura si fa spesso riferimento ad impatti di immagine e di reputazione, calzanti per rischi di corruzione e similari, nei fatti la misurabilità di tali impatti si è dimostrata particolarmente complessa. Si è deciso, quindi, di concentrarsi su fattori di più semplice misurabilità e di più immediata comprensibilità e utilizzo da parte anche degli attori regionali deputati a gestire il processo di *risk management*.

In particolare, successivamente a momenti di condivisione di tali ragionamenti con i responsabili dell’Unità di controlli di I livello, si è identificato quale indicatore per misurare l’impatto dei rischi di fallimento etico le rettifiche finanziarie stabilite dalla Commissione Europea²³ in caso di riscontro di carenze nel sistema di gestione e controllo o di irregolarità. Tale **driver** ha consentito di rispondere contemporaneamente a due esigenze: la traduzione in termini finanziari del rischio di fallimento etico e l’utilizzo di un indicatore facilmente misurabile per la Regione, già condiviso e metabolizzato dai funzionari del controllo e della gestione.

Di seguito la tabella utilizzata per la valutazione dell’impatto.

²³ Cfr. nota COCOF 07/0037/03-IT “Orientamenti per la determinazione delle rettifiche finanziarie da applicare alle spese cofinanziate dai Fondi strutturali e dal Fondo di coesione in occasione del mancato rispetto delle norme in materia di appalti pubblici” (versione finale del 29/11/2007).

TABELLA 7

Criteri per la valutazione dell'impatto - POR FESR Campania 2007-2013

ENTITÀ DELLA RETTIFICA	DESCRIZIONE	VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
		Denominazione	Valorizzazione
Riduzione del 2%	Gli elementi essenziali del sistema di gestione e controllo sono soddisfacenti ma non sono stati attuati uno o più elementi ausiliari	MARGINALE	0,2
Riduzione del 5%	Gli elementi essenziali del sistema di gestione e controllo funzionano, ma non secondo la coerenza, la frequenza o l'intensità imposti dalla normativa. Si riscontrano irregolarità meno gravi in singole operazioni in relazione agli elementi essenziali.	MINORE	0,4
Riduzione del 10%	Uno o più elementi essenziali del sistema di gestione e controllo non funzionano o funzionano in modo tanto carente o sporadico da risultare inefficaci. Si riscontrano irregolarità specifiche di modesta gravità in relazione a elementi essenziali del sistema	SOGLIA	0,6
Riduzione del 25%	Gravi omissioni nell'applicazione del sistema di gestione e di controllo, nonché di comprovate irregolarità diffuse e di negligenza nella lotta contro le pratiche irregolari o fraudolente. Si riscontrano irregolarità relative a singoli casi gravi ma che non invalidano l'intera operazione.	SERIO	0,8
Riduzione oltre il 25%	Carenze nel sistema di gestione e di controllo o riscontro di un'infrazione specifica, tanto gravi da configurare l'assoluta violazione delle norme comunitarie e quindi l'irregolarità di tutti i pagamenti.	SUPERIORE	1

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2011-2012.

Per la valutazione della probabilità, in assenza di dati storici, si è optato per un criterio di tipo soggettivo, utilizzando la metodologia proposta dallo standard australiano AS/NZS 4360:1999²⁴.

La valutazione della suddetta probabilità è avvenuta nel rispetto della tabella 8.

TABELLA 8

Criteri per la valutazione della probabilità - POR FESR Campania 2007-2013

DESCRIZIONE	VALUTAZIONE
Avviene nella maggior parte dei casi (probabilità maggiore del 50%)	FREQUENTE
Avviene in una buona parte dei casi (probabilità tra il 20% e il 50%)	MOLTO PROBABILE
Può accadere in un certo numero di casi (probabilità tra il 5% e il 20%)	PROBABILE
È improbabile che accada (probabilità tra 1% e il 5%)	POCO PROBABILE
Accade solo in circostanze eccezionali (probabilità inferiore all'1%)	RARO

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2011-2012.

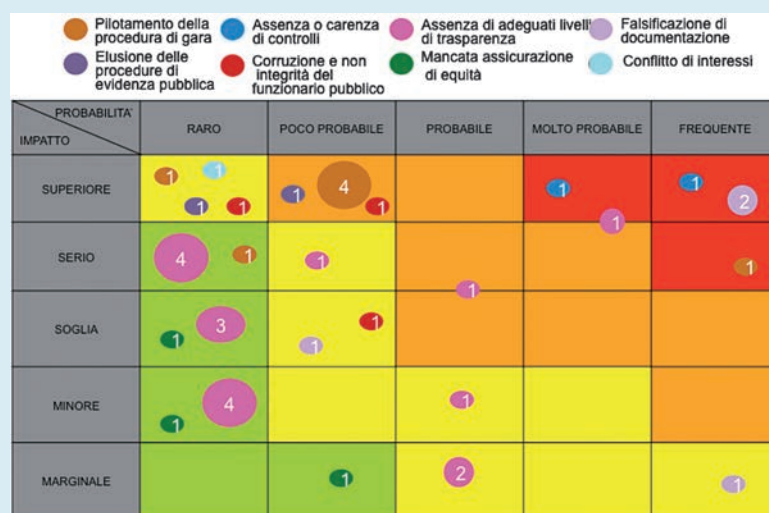
²⁴ AS/NZS 4360:1999, Risk Management, Standards Australia and Standards New Zealand.

Le valutazioni sono state effettuate dai *controller* di I e II livello²⁵, sfruttando quindi la loro esperienza e conoscenza pluriennale dei procedimenti di finanziamento comunitari.

Il prodotto tra l'impatto e la probabilità del verificarsi di ciascun evento rischioso ha consentito di costruire la **matrice impatto/probabilità**, strumento attraverso il quale ciascun evento rischioso è stato posizionato nella propria classe di appartenenza – alta, medio-alta, media, bassa – a seconda dell'impatto finanziario che potrebbe generare e della sua probabilità di accadimento.

FIGURA 6

Matrice impatto probabilità O.O. 1.2 e 1.4 - POR FESR Campania 2007-2013



Il numero presente nei cerchi indica il numero di eventi rischiosi per ciascuna macrocategoria.
Fonte: Progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2012.

²⁵ Per *controller* di II livello si intende il personale alle dipendenze dell'Autorità di Audit che effettua i controlli ai sensi dell'articolo 62 del Regolamento CE n. 1083/2006 e ss.mm.ii.

3.4 ANALISI DEL LIVELLO DI PRESIDIO E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La valutazione dell'impatto e della probabilità degli eventi rischiosi restituisce un primo *rating*, di per sé non sufficiente per delineare il profilo completo di ciascun evento rischioso ed identificare le aree prioritarie sulle quali agire. La valutazione del rischio che emerge dalla presa in considerazione dell'impatto e della probabilità si riferisce al solo rischio inerente, ossia quel rischio che un'organizzazione si assume in assenza di qualsiasi intervento atto a contrastarlo.

Nella realtà, le organizzazioni dispongono di un sistema di controlli interni che, seppur non definito con l'esclusiva finalità di presidiare il rischio di fallimento etico, può essere in grado di contrastare il verificarsi di eventi non etici. Pertanto, un *rating* definitivo e completo degli eventi rischiosi richiede che siano presi in esame i controlli interni, ed in particolare:

- a) che siano individuate quelle attività di controllo già poste in essere ed atte a presidiare il rischio di fallimento etico;
- b) che sia valutata l'efficacia e il *pressing* di tali attività di controllo sul rischio di fallimento etico;
- c) che siano messe in relazione le informazioni emerse dalla valutazione dell'impatto e della probabilità dell'evento rischioso e del *pressing* dei controlli.

L'individuazione delle attività di controllo rilevanti ai fini del contrasto al rischio di fallimento etico presuppone la mappatura dell'intero sistema di controllo e la successiva selezione delle attività ritenute significative.

Alla verifica dell'esistenza di attività di controllo atte a presidiare il rischio di fallimento etico segue l'*assessment* dell'efficacia di tali controlli interni, ossia la messa in atto di un processo di analisi che, attraverso la presa in esame di alcune dimensioni del controllo (ad esempio la tipologia, la tempistica, gli strumenti utilizzati, l'oggetto) ne verifichi il livello di *pressing* – alto, medio, basso – attuato sul rischio. Il *pressing* si intende in termini di capacità di prevenire, identificare *ex post* o mitigare il rischio²⁶. Così come per la valutazione del rischio, l'*assessment* dell'effica-

²⁶ IIA, AICPA, ACFE, *Managing the business risk of fraud: A practical guide*, 2008.



cia dei controlli interni prevede l'identificazione di criteri di valutazione e la previsione di una scala di valutazione.

L'output dei punti *a)* e *b)* può essere costituito da una scheda anagrafica dei controlli interni rilevanti ai fini della gestione del rischio di fallimento etico che ne riporti le caratteristiche e la valutazione del livello di *pressing* esercitato sul rischio.

TABELLA 9

Esemplificazione di una scheda anagrafica dei controlli interni

Descrizione dell'attività	Attività di controllo rilevante	Responsabile del controllo	Tipologia del controllo	Frequenza del controllo	Obiettivo del controllo	Strumento di controllo	Valutazione del controllo
Pilotamento della procedura di gara attraverso l'inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta	Verificare che nel Bando/Avviso: - siano stati esplicitati i criteri di valutazione ed il relativo peso/punteggio; - non vi siano elementi discriminatori (ad esempio pari opportunità)	Controller di I livello	Sostanziale	Successivo all'assegnazione dell'appalto	Bando di gara; Capitolato; Disciplinare; Avviso	Check list	Medio
DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA

Fonte: elaborazione Formez PA.

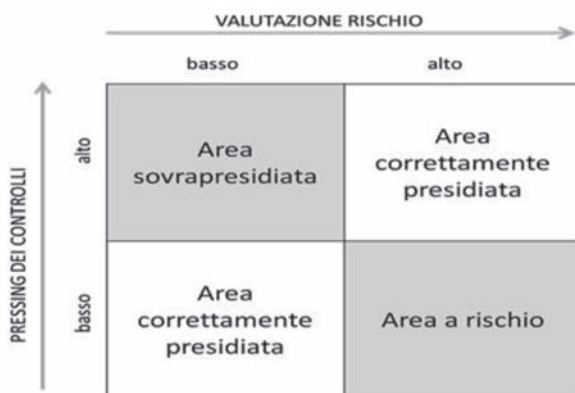
Ai fini della valutazione del *pressing* dei controlli, particolare rilevanza è da attribuire alla differenza tra attività di controllo di tipo preventivo e di identificazione *ex post*. Entrambe le tipologie di controllo esercitano una funzione deterrente, ma presentano differenti livelli di efficacia nel contrasto al rischio di fallimento etico. I controlli preventivi, se ben definiti, correttamente implementati e conosciuti dai potenziali soggetti tentati da una condotta non etica, hanno una forte valenza deterrente in quanto scoraggiano l'assunzione di comportamenti non etici. Allo stesso tempo, i controlli preventivi costituiscono la misura di lotta ai comportamenti non etici più efficace in quanto caratterizzata dalla proattività e dalla capacità di intervenire prima che l'evento rischioso si verifichi. L'esistenza e visibilità di controlli di identificazione *ex post* di comportamenti non etici esercita anch'essa una funzione deterrente: la consapevolezza di essere scoperti ed incorrere in sanzioni scoraggia l'agire non etico. Nonostante ciò, è evidente la minore efficacia di tali misure di controllo in

quanto agiscono solo a seguito del verificarsi dell'evento rischioso. Il ricorso ad una combinazione di controlli preventivi e di identificazione *ex post* garantisce l'efficacia dell'intero sistema di gestione del rischio di fallimento etico²⁷.

La definizione di un'adeguata combinazione di controlli richiede che sia effettuato il *matching* tra le informazioni emerse dalla valutazione dei rischi e le informazioni emerse dall'*assessment* dei controlli interni. A tal fine, un utile strumento è rappresentato dalla matrice rischi/controlli.

La matrice rischi/controlli è uno strumento di gestione del rischio che restituisce una visione immediata del presidio dei controlli sui rischi²⁸.

FIGURA 7
Matrice rischi/controlli



Fonte: Hinna L., *op. cit.*, 2002.

Nel quadrante in alto a destra e nel quadrante in basso a sinistra si posizionano i rischi correttamente presidiati, ossia quelli per i quali il livello di *pressing* dei controlli è proporzionato alla gravità del rischio. Per

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Hinna L., *Pubbliche amministrazioni: cambiamenti di scenario e strumenti di controllo interno*, CEDAM, Padova, 2002.

tale tipologia di rischi non sono necessarie ulteriori azioni di contrasto dato che il sistema dei controlli interni è già capace di intervenire con un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse. Nel quadrante in alto a sinistra si posizionano i rischi sovrapresidiati, ossia quei rischi che, pur presentando un grado di gravità basso, sono sottoposti ad un *pressing* dei controlli elevato. In questo caso, sono necessari degli aggiustamenti nel sistema dei controlli interni in quanto il posizionamento dei rischi in tale quadrante denota un utilizzo non efficiente delle risorse. Controlli eccessivi possono ingessare le procedure e provocare inutili dispendi di tempo e risorse. Laddove possa essere sopportato senza danni, sarebbe opportuno un alleggerimento della pressione dei controlli, soprattutto in condizioni di risorse limitate nella “funzione controllo” e in un’ottica di flessibilità. Nel quadrante in basso a destra della matrice rischi/controlli si posizionano i rischi più critici, ossia quelli che presentano un alto livello di gravità ai quali corrisponde l’incapacità del sistema di controllo interno di presidiarli. I rischi critici necessitano di un’azione in via prioritaria.

L’analisi del sistema di controllo interno in relazione al rischio di fallimento etico consente di identificare il rischio residuale, ossia quel rischio che, allo stato delle cose, non è mitigato adeguatamente in quanto la struttura dei controlli non è definita in modo tale da intercettare il rischio o non consente di gestirlo in maniera efficace²⁹. L’analisi del rischio residuale guida l’elaborazione di una strategia di trattamento del rischio.

Il trattamento del rischio consiste in un’attività attraverso la quale si selezionano e si implementano appropriate misure al fine di modificare il rischio³⁰. In particolare, è prevista la valutazione delle diverse opzioni di risposta al rischio e la preparazione e implementazione di un piano di trattamento del rischio che sia coerente con la tolleranza al rischio stabilita per l’organizzazione. In genere, il rischio viene trattato utilizzando una o più misure che comportano:

- l’accettazione del rischio;

²⁹ IIA, AICPA, ACFE, *op. cit.*, 2008.

³⁰ AIRMIC, ALARM, IRM, *A risk management standard*, 2002; AIRMIC, ALARM, IRM, *A structured approach to Enterprise Risk Management (ERM) and the requirements of ISO 31000*, 2010.

- l'elusione del rischio;
- la riduzione della probabilità che l'evento rischioso si verifichi;
- la riduzione degli impatti derivanti dal verificarsi dell'evento rischioso;
- il trasferimento all'esterno di tutto o parte del rischio³¹.

L'**accettazione del rischio** comporta, di fatto, la scelta di non prendere alcun provvedimento, lasciando le condizioni organizzative e gestionali invariate. Le misure di elusione e di riduzione della probabilità sono dirette a contrastare il manifestarsi dell'evento rischioso. In particolare, l'**elusione del rischio** si realizza attraverso l'eliminazione o la rinuncia a quelle attività o operazioni che sono all'origine dell'evento rischioso. La **riduzione della probabilità** si persegue attraverso un insieme di misure di prevenzione che agiscono sulle cause che originano l'evento rischioso. La **riduzione degli impatti** è rappresentata dall'insieme di misure di protezione delle attività o procedimenti, che vanno ad incidere sulla manifestazione dell'evento rischioso, riducendo il danno da questo generato. Il **trasferimento del rischio**, in generale, incide sulle conseguenze finanziarie, trasferendo ad altri soggetti il costo del danno derivante dalla manifestazione dell'evento rischioso, il classico esempio è quello dell'assicurazione³².

Nel caso del rischio di fallimento etico, le misure che trovano una maggiore possibilità e opportunità di attuazione sono quelle della prevenzione e della protezione. In particolare, tali misure costituiscono la strategia di mitigazione del rischio, la quale viene perseguita agendo su due fattori determinanti i comportamenti non etici: la motivazione, che attiene alla sfera individuale-culturale, e l'opportunità, che, in genere, è il frutto di una carenza dei sistemi di controllo e delle procedure organizzative tali da creare situazioni favorevoli all'agire non etico.

Esemplificativo, a tale proposito, è la classificazione degli strumenti di prevenzione proposti dall'OCSE³³.

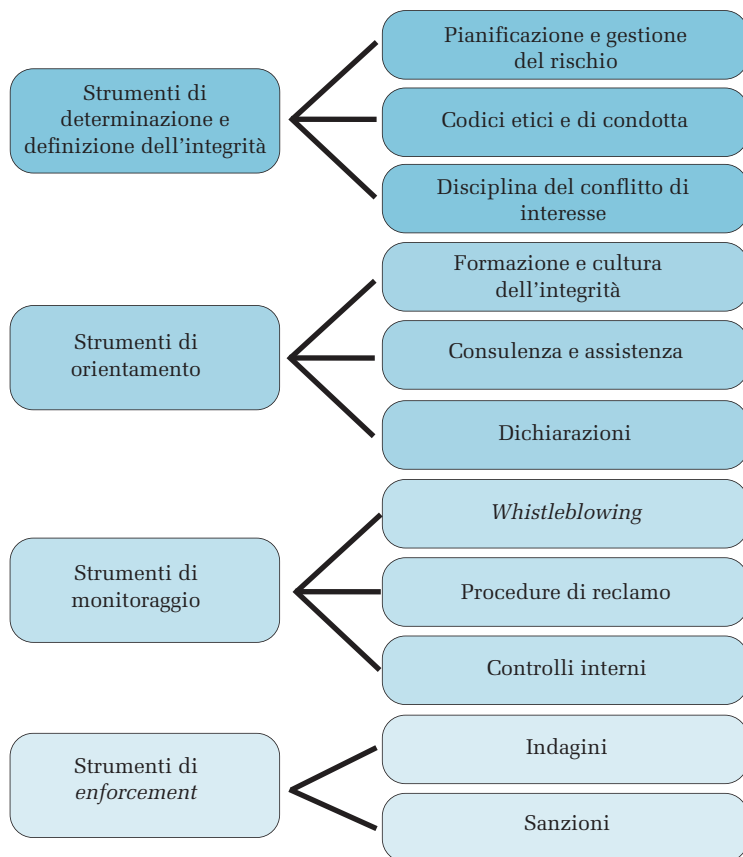
³¹ Crime and Misconduct Commission – Queensland, *Fraud and corruption management. Guidelines for best practice*, 2005.

³² Misani N., *op. cit.*, 1994.

³³ OECD, *Integrity in government: Towards output and outcome measurement*, OECD Conference Centre, Paris, 2009.

FIGURA 8

La classificazione degli strumenti di prevenzione secondo il modello OCSE

Fonte: OECD, *op. cit.*, 2009, p. 17.

L'adozione di misure volte a ridurre la probabilità o l'impatto degli eventi rischiosi deve prevedere la conduzione di un'analisi costi-benefici. Le attività di contrasto ai comportamenti non etici sono innumerevoli, ma non sempre i benefici conseguibili giustificano il sostenimento dei costi di implementazione. Solo a seguito della comparazione di tali costi, con i benefici attesi dall'introduzione di nuovi sistemi e controlli, si di-

sponde delle informazioni necessarie per scegliere la risposta al rischio da adottare³⁴.

Dopo aver valutato le diverse opzioni e selezionato il trattamento del rischio ritenuto più appropriato, il passo successivo consiste nell'elaborazione di un piano di gestione del rischio di fallimento etico³⁵ il quale deve contenere:

- la descrizione delle azioni proposte;
- la definizione dei risultati attesi (obiettivi);
- la definizione delle risorse necessarie;
- l'assegnazione delle responsabilità;
- la quantificazione dei tempi di realizzazione;
- l'indicazione di indicatori di *performance* per misurare l'efficacia degli strumenti/*policy* di risposta al rischio (indicatori volti a rilevare gli effetti delle risposte sulla probabilità e sull'impatto del rischio, a misurare il livello di cultura etica acquisito, ad esempio il numero di segnalazioni ricevute tramite sistemi di *whistleblowing*);
- la previsione dei requisiti per il *reporting* e il monitoraggio (tempi, flussi informativi, destinatari, contenuti e livelli di reportistica)³⁶.

L'analisi del presidio del controllo, la formulazione della strategia di risposta al rischio e l'elaborazione del piano di gestione del rischio di fallimento etico sono attività da svolgersi con il coinvolgimento dell'intera struttura per un duplice ordine di motivazioni. Innanzitutto, il coinvolgimento sia del *management* che del personale dipendente consente di capitalizzare l'esperienza e la conoscenza di tutti i membri dell'organizzazione. Inoltre, il pieno coinvolgimento consente di elaborare una strategia di risposta al rischio ampiamente condivisa, requisito essenziale per una corretta implementazione della stessa.

³⁴ AIRMIC, ALARM, IRM, *op. cit.*, 2010.

³⁵ Il piano di gestione del rischio di fallimento etico è equiparabile al piano di prevenzione della corruzione introdotto dalla legge 190/2012 art. 1, comma 5.

³⁶ AS/NZS 4360:2004, *Risk Management*, Standards Australia and Standards New Zealand, 2004.

Box 6 – L’esperienza della Regione Campania - Un’applicazione dell’analisi del livello di presidio e di trattamento del rischio nella costruzione della mappa del rischio di fallimento etico relativo alla gestione dei Fondi FESR 2007-2013 nelle operazioni a titolarità e regia regionale

L’analisi del livello di presidio degli eventi rischiosi relativi all’erogazione e gestione dei Fondi FESR 2007-2013 della Regione Campania è stata realizzata attraverso la **valutazione delle attività di controllo in essere**, che ha consentito di costruire la **matrice rischi/controlli**, strumento volto a mettere in relazione il livello dei rischi con il presidio dei controlli su di essi.

La mappatura dei controlli è stata propedeutica alla valutazione degli stessi. In tale contesto non ha presentato particolari criticità, grazie alla forte proceduralizzazione dell’intero processo di erogazione e gestione dei Fondi FESR. Ciò ha consentito, già in fase di “Analisi del contesto” di associare ciascuna attività del procedimento di gestione ed erogazione dei Fondi comunitari ad un’attività di controllo sia di I che di II livello.

Non tutte le attività di controllo, tuttavia, sono risultate rilevanti a tal fine, poiché il sistema di controllo sulla gestione ed erogazione dei Fondi comunitari non è nato con l’obiettivo di presidiare il rischio di fallimento etico. Per questo motivo, al di là dell’analisi documentale che ha consentito la puntuale mappatura dei controlli, le informazioni per definire le attività di controllo rilevanti, ovvero quelle in grado di contrastare gli eventi rischiosi identificati, e quelle non rilevanti sono state raccolte attraverso il coinvolgimento dei *controller* di I e II livello. Le informazioni sui controlli sono state registrate in un documento Excel e per ciascun soggetto del controllo³⁷ è stata realizzata una scheda sintetica dei contenuti e delle caratteristiche delle attività di controllo associate alle attività del procedimento esposte al rischio di fallimento etico.

Ai fini della valutazione del presidio dei controlli sono state individuate cinque tipologie di controllo, ordinate dalla meno efficace alla più

³⁷ Oltre ai controlli di I livello realizzati dall’Unità Centrale Controlli di I Livello che fa capo all’Autorità di Gestione, il sistema dei controlli della gestione ed erogazione dei Fondi FESR prevede ulteriori procedure di controllo realizzate dall’Autorità di Audit e dall’Autorità di Certificazione.

efficace. Il criterio che ha guidato la classificazione dei controlli è stato duplice. Innanzitutto, è stato considerato il grado di profondità del controllo, il quale ha permesso di distinguere i controlli non sostanziali di integrità – ossia quelli che si limitano alla verifica formale del rispetto delle norme, delle regole e delle procedure – dai controlli sostanziali di integrità – ossia quelli non formali, tesi alla verifica sostanziale del presidio del rischio di fallimento etico. Questi ultimi sono stati ulteriormente distinti a seconda della tempistica del controllo. In base a tale criterio sono stati identificati i controlli su segnalazione – quelli non ripetuti in maniera costante e sistematica ma attivati solo a seguito di segnalazioni – e i controlli correttivi, contestuali e preventivi a seconda che abbiano luogo *ex post*, *in itinere* ed *ex ante* rispetto all'attività del procedimento esposta al rischio di fallimento etico.

TABELLA 10

Tipologie di controlli - POR FESR Campania 2007-2013

Descrizione	Codice
Il controllo è non sostanziale di integrità	A
Il controllo è sostanziale di integrità su segnalazione	B
Il controllo è sostanziale di integrità correttivo	C
Il controllo è sostanziale di integrità contestuale	D
Il controllo è sostanziale di integrità preventivo	E

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2012.

Sulla base di tale classificazione si è proceduto alla valutazione del controllo realizzato da ciascun attore del controllo – *controller* di I livello, Autorità di Audit, Autorità di certificazione – su ciascuna attività del procedimento. Poiché ogni attore può realizzare più tipologie di controlli sulla stessa attività, per la valutazione del *pressing* dei controlli – alto, medio-alto, medio, basso – sono state considerate le combinazioni di controllo realizzate da ciascun soggetto su ciascuna attività esposta agli eventi di rischio di fallimento etico.

TABELLA 11

Valutazione del *pressing* dei controlli - POR FESR Campania 2007-2013

Pressing dei controlli	Descrizione
ALTO	Combinazione di controlli che prevede almeno 1 controllo sostanziale di integrità preventivo (E)
MEDIO-ALTO	Combinazione di controlli che prevede almeno 1 controllo sostanziale di integrità contestuale (D)
MEDIO	Combinazione di controlli che prevede almeno 1 controllo sostanziale di integrità correttivo (C)
BASSO	Combinazione di controlli che prevede esclusivamente controlli non sostanziali di integrità e controlli di integrità su segnalazione (A, B)

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2012.

Dopo aver definito il grado di *pressing* dei controlli esercitato da ciascun soggetto su ciascuna attività del procedimento, con la stessa logica e gli stessi criteri è stato definito il *pressing* di controllo complessivo esercitato dalla totalità dei soggetti su ciascun evento di rischio di fallimento etico. Pertanto, se almeno un attore del controllo effettua un *pressing* alto e, quindi, un controllo sostanziale di integrità preventivo, il *pressing* dei controlli dell'intero sistema su un dato evento rischioso è considerato alto; se almeno un attore del controllo effettua un *pressing* medio-alto e, quindi, un controllo sostanziale di integrità contestuale, il *pressing* dei controlli dell'intero sistema su un dato evento rischioso è considerato medio-alto e così via.

Nell'esperienza della Regione Campania, la valutazione del *pressing* dei controlli è avvenuta attraverso il pieno coinvolgimento dei soggetti addetti al controllo con la realizzazione di *focus group* e momenti di condivisione.

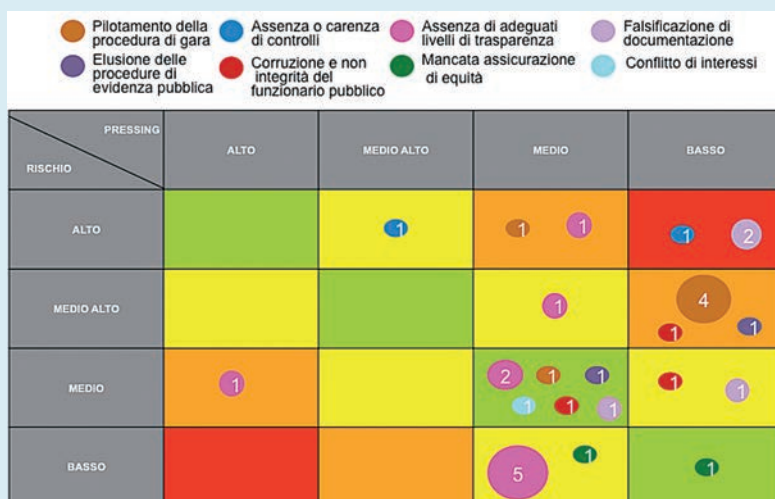
Al fine di identificare gli eventi rischiosi prioritari sui quali agire – in quanto non intercettati o non opportunamente presidiati dal sistema di controlli interni – e individuare gli eventi rischiosi in condizione di *overcontrol*, dai quali è possibile distogliere risorse scarse, è stata realizzata la matrice rischi/controlli (figura 9).

In essa, con la colorazione verde è indicata l'area correttamente presi-

diata, ossia quell'area nella quale si collocano gli eventi rischiosi che hanno una valutazione del rischio e del *pressing* dei controlli equivalente e per i quali, pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di prevenzione e contrasto. Nell'area gialla si collocano gli eventi rischiosi per i quali esiste un lieve disallineamento nella valutazione del rischio e del *pressing* dei controlli e che potrebbe richiedere degli aggiustamenti nel sistema dei controlli interni. Le aree arancioni e rosse rappresentano le aree di inefficienza (rischio basso – *pressing* alto) e di inefficacia (rischio alto – *pressing* basso) del sistema di controllo interno. La localizzazione di alcuni eventi rischiosi nell'area di inefficienza denota la possibilità di liberare alcune risorse – economiche, strumentali, umane – e di reindirizzarle verso impieghi più utili. Allo stesso tempo la localizzazione di alcuni eventi rischiosi nell'area di inefficacia denota l'esposizione dell'amministrazione regionale ad alcuni eventi rischiosi che il sistema dei controlli non è in grado di fronteggiare. Sono gli eventi rischiosi posizionati nell'area di inefficacia quelli sui quali bisogna agire in via prioritaria attraverso la previsione di ulteriori misure di contrasto formalizzate nell'elaborazione di una strategia di risposta al rischio.

FIGURA 9

Matrice rischi/controlli - POR FESR Campania 2007-2013



Il numero presente nei cerchi indica il numero di eventi rischiosi per ciascuna macrocategoria.

Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2012.

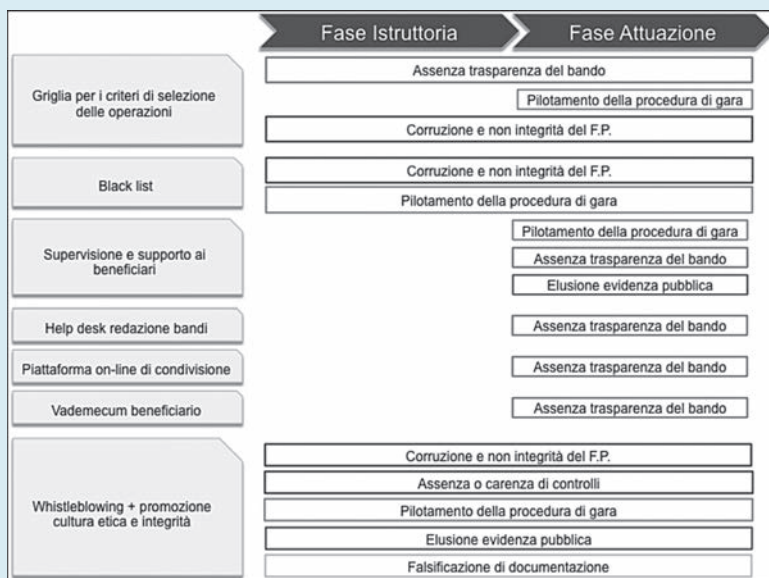
A seguito di tale lavoro, la Regione Campania, in particolare l'Autorità di gestione del POR FESR, ha ritenuto opportuno avviare con il *team* di controllo e il *team* di gestione degli obiettivi operativi 1.2 e 1.4, un processo di identificazione di possibili misure di prevenzione del rischio di fallimento etico.

L'identificazione di tali misure ha richiesto un'attività di ricerca, analisi e consultazione di documentazione istituzionale di organismi pubblici, nazionali ed internazionali (come *Transparency International* e l'ONU) e fonti scientifiche, nonché un'analisi di *benchmark*, finalizzata all'individuazione degli strumenti più adatti alle necessità riscontrate a seguito delle analisi effettuate nelle fasi precedenti.

Tale attività di ricerca ha consentito di individuare una prima lista di possibili strumenti di risposta al rischio. Essa è stata, successivamente, oggetto di discussione con il *team* di obiettivo operativo e il *team* di controllo, nonché con i beneficiari (comuni), al fine di rilevare il grado di preferenza e fattibilità degli stessi.

FIGURA 10

Strumenti per la prevenzione per macrocategorie di eventi rischiosi



Fonte: progetto ETICA-Analisi del Rischio-Regione Campania-2012.

Tali attività hanno consentito di delineare un insieme strutturato di strumenti manageriali per la gestione e il controllo dei rischi di fallimento etico, con la finalità di prevenzione del manifestarsi degli eventi rischiosi agendo precauzionalmente sulle loro cause.

Nello specifico, la **Griglia per i criteri di selezione delle operazioni** è uno strumento a supporto dell'Autorità di Gestione del POR FESR, in fase di programmazione, per la definizione di criteri di selezione chiari, misurabili e confrontabili; quanto più tali criteri sono specifici e concreti, tanto più è possibile la selezione di operazioni in maniera equa per i potenziali beneficiari e per i territori. Lo strumento è, quindi, finalizzato ad aumentare la trasparenza e a ridurre la discrezionalità nelle procedure di selezione delle operazioni in fase di Istruttoria. Inoltre, in fase di attuazione dell'operazione, consente di ridurre le possibilità di eventi relativi al pilotamento della procedura di gara.

La **Black list**, che prevede la predisposizione di liste di imprese ritenute inammissibili alle procedure di evidenza pubblica, consentirebbe di evitare la partecipazione di imprese "non etiche" e la conseguente perdita di efficienza ed efficacia nella realizzazione dell'opera, riducendo il *gap* di controlli e verifiche preventive che caratterizza l'attuale sistema. Ciò consente di ridurre sia le possibilità di eventi relativi al pilotamento della procedura di gara, sia fenomeni di corruzione e non integrità del funzionario pubblico.

La **Supervisione e supporto ai beneficiari**, che prevede un affiancamento con funzione di indirizzo, supporto e supervisione metodologica dei beneficiari da parte di un soggetto esperto, doterebbe l'amministrazione regionale di un osservatore *in loco* il cui compito è sia quello di fare *moral suasion*, ossia indurre comportamenti integri ed etici nel beneficiario, sia quello di trasferire conoscenze e competenze. Tale strumento interviene, quindi, sia sull'assenza di controlli preventivi, sia sull'approccio ai controlli, introducendo un'interpretazione manageriale degli stessi. Per questa sua doppia valenza, lo strumento è in grado di presidiare e prevenire gli eventi rischiosi riconducibili al pilotamento della procedura di gara e all'elusione delle procedure di evidenza pubblica, e all'assenza di trasparenza del bando.

L'**Help desk per la redazione dei bandi** e la **Piattaforma on-line di condivisione** – che consentono ai beneficiari di accedere in maniera semplice e immediata ad informazioni utili per lo svolgimento delle proprie attività e di disporre di uno spazio per il dibattito, il confronto e lo

scambio di esperienze – e il **Vademecum del beneficiario** – una guida che fornisce indicazioni precise e operative per orientare l’operato dei beneficiari e identificare in maniera dettagliata compiti, modalità e tempi delle azioni da intraprendere – intervengono sull’assenza di adeguate e specifiche competenze dei beneficiari attraverso il trasferimento di conoscenze. Ciò consente di ridurre la possibilità del verificarsi di eventi legati all’assenza di trasparenza del bando.

Il **Whistleblowing** – sistema di segnalazione anonima del verificarsi di eventi di fallimento etico o ad essi assimilabili, aperto a soggetti esterni ed interni all’amministrazione – e le **azioni di promozione della cultura etica e dell’integrità** – rivolte ai soggetti e alle organizzazioni del territorio anche al fine di garantire la funzionalità del *Whistleblowing* – consentono di intervenire sulla maggior parte delle macrocategorie di eventi rischiosi risultati più gravi in quanto attivano forme di controllo sociale.

Il passaggio dalla proposta degli strumenti alla loro applicazione richiede un’attenta valutazione dei costi-benefici ma anche e, soprattutto, un apprendimento organizzativo delle logiche di *risk management* e della cultura manageriale di prevenzione e contrasto della corruzione e del comportamento non etico; quest’ultima, infatti, rappresenta una condizione necessaria per il corretto ed efficace funzionamento dei presidi al rischio e, più in generale, dell’intero processo di *risk management*.

3.5 MONITORAGGIO, AGGIORNAMENTO E COMUNICAZIONE

I rischi non sono statici ma possono variare nel corso del tempo, essendo il contesto – interno ed esterno – delle organizzazioni suscettibile di cambiamenti. Da tali considerazioni emerge la necessità di un’azione costante di monitoraggio del sistema di gestione del rischio di fallimento etico, in grado di verificarne la funzionalità a fronte di cambiamenti sopravvenuti.

Il monitoraggio in un processo di *risk management* si riferisce al controllo dell’esposizione al rischio e al controllo dell’andamento dei rischi. Il **controllo dell’esposizione al rischio** costituisce un controllo *ex ante* volto ad osservare come il profilo di rischio di fallimento etico dell’organizzazione evolve nel tempo e a monitorare eventuali cambia-

menti dell'ambiente dai quali deriva la necessità di mettere in atto interventi gestionali. Il monitoraggio *ex ante* presuppone una reiterazione della fase di *risk assessment* volta a rivalutare gli eventi rischiosi alla luce di cambiamenti nel contesto e/o ad arricchire e aggiornare il catalogo degli eventi rischiosi. Il **controllo dell'andamento dei rischi** presuppone la rilevazione a consuntivo delle effettive manifestazioni degli eventi rischiosi. Il controllo *ex post* richiede l'esistenza di meccanismi operativi – quali sistemi di controllo, informativi e di comunicazione – che siano in grado di rilevare e comunicare in maniera tempestiva il verificarsi dell'evento rischioso³⁸.

Un buon sistema di monitoraggio del rischio di fallimento etico deve porre attenzione anche all'efficacia e convenienza dei controlli esistenti, deve considerare l'evolversi della cultura della consapevolezza del rischio di fallimento etico e verificare quanto il processo di *risk management* sia allineato e integrato alle altre attività dell'organizzazione.

In sostanza, il monitoraggio deve garantire che le misure di contrasto ai comportamenti non etici messe in atto siano appropriate, conosciute, comprese e seguite da tutti i membri dell'organizzazione.

In particolare, il monitoraggio deve consentire di verificare se:

- le misure adottate perseguano i risultati attesi;
- le procedure adottate siano efficienti;
- le informazioni disponibili siano sufficienti per il *risk assessment*;
- la conoscenza accumulata abbia supportato la presa di decisioni;
- il processo di apprendimento possa essere reiterato nei cicli successivi di *risk management*³⁹.

L'ultimo punto è meno intuitivo, ma riveste un'importanza cruciale: il monitoraggio e l'aggiornamento consentono di apprendere dall'esperienza. Al tal fine, un'organizzazione può servirsi degli indicatori di *performance* contenuti nel piano di gestione del rischio di fallimento etico e, in questo modo, misurare il contributo dato dal *risk management* al successo dell'organizzazione.

³⁸ Floreani A., *op. cit.*, 2005.

³⁹ AIRMIC, ALARM, IRM, *op. cit.*, 2010.

Risulta, invece, evidente la complementarità tra la fase di monitoraggio e aggiornamento e la funzione di *internal auditing*. Con riferimento al rischio di fallimento etico, l'*internal auditing* dovrebbe garantire ai vertici dell'organizzazione e al *management* che i controlli attivati funzionino in maniera efficace ed efficiente. A tal fine gli *internal auditor* dovrebbero interagire e comunicare regolarmente con tutti i soggetti coinvolti nel processo di *risk management* e con i membri dell'organizzazione che occupano delle posizioni chiave rispetto al rischio di fallimento etico. Inoltre, gli *internal auditor* potrebbero svolgere un ruolo significativo in termini di promozione e rafforzamento della cultura dell'etica all'interno dell'organizzazione⁴⁰.

Il monitoraggio e l'aggiornamento del sistema di gestione del rischio di fallimento etico presuppongono l'identificazione e la raccolta di una vasta gamma di informazioni relative ad eventi esterni e interni che potrebbero modificare il profilo di rischio dell'organizzazione. Tali informazioni devono essere diffuse all'interno dell'organizzazione nei modi e nei tempi utili affinché ciascun soggetto interno possa adempiere alle proprie responsabilità nella gestione del rischio di fallimento etico. Da ciò la rilevanza assunta dai processi informativi e dalla comunicazione. In particolare, la comunicazione interna deve trasmettere efficacemente:

- l'importanza e la rilevanza del processo di *risk management*;
- gli obiettivi aziendali;
- il rischio accettabile e la tolleranza al rischio;
- una terminologia univoca del rischio;
- i ruoli e le responsabilità del personale nell'attivare e supportare i componenti del processo di *risk management*⁴¹.

Comunicazioni appropriate sono necessarie non solo all'interno dell'organizzazione, ma anche verso l'esterno. Gli *stakeholder* dell'organizzazione possono fornire informazioni utili circa aspettative, attese e bisogni. Tali informazioni possono guidare l'organizzazione nella revisione e aggiornamento del proprio sistema di gestione del rischio di fallimento etico⁴².

⁴⁰ IIA, AICPA, ACFE, *op. cit.*, 2008.

⁴¹ COSO, *op. cit.*, 2006.

⁴² *Ibidem*.



LA GESTIONE DEL RISCHIO DI FALLIMENTO ETICO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ITALIANA: LE CONDIZIONI ABILITANTI

Il *risk management* non è semplicemente un esercizio di stile, ma un processo gestionale teso a migliorare la capacità delle amministrazioni pubbliche di raggiungere i propri obiettivi nel rispetto dei principi di imparzialità e buon andamento.

La messa in atto di un processo di gestione del rischio di fallimento etico all'interno di una pubblica amministrazione richiede il rispetto di alcune condizioni, la cui assenza può compromettere il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

Tali condizioni emergono dalla consultazione della letteratura sul tema e dall'osservazione di casi implementati dalle amministrazioni pubbliche.

Le condizioni abilitanti un processo di *risk management* possono distinguersi in:

- **condizioni di contesto**, elementi che influiscono sulla buona riuscita del processo di gestione del rischio di fallimento etico all'interno di un'amministrazione, evitando che il processo si areni o resti lettera morta all'interno dell'amministrazione;
- **condizioni di attuazione**, che influiscono sull'efficacia, sull'efficienza e la sostenibilità del processo di gestione del rischio di fallimento etico.

Nell'ambito delle **condizioni di contesto**, due elementi assumono particolare rilevanza:

- la condivisione della cultura dell'integrità e della legalità nell'amministrazione;
- un forte *commitment* da parte del vertice politico-amministrativo.



Il rischio della scarsa attenzione all'etica è spesso dovuto alla considerazione che si tratti di un tema di minore importanza, rispetto a concetti quali, l'economicità e il miglioramento della *performance* nella pubblica amministrazione e nelle attività economiche in generale.

Da ciò ne deriva che un processo finalizzato alla gestione del rischio di fallimento etico sia interpretato dall'organizzazione come qualcosa di bello ma di poco utile; ciò può determinare un atteggiamento di impegno residuale da parte sia dei soggetti direttamente coinvolti nella gestione del processo, sia dell'intera amministrazione. Inoltre, la mancanza di consapevolezza dell'importanza dell'etica quale condizione di efficienza, di efficacia, di equità e, quindi, quale condizione per la creazione di valore pubblico, può determinare un'adozione solo formale e non sostanziale di alcune misure di prevenzione e contrasto del rischio di fallimento etico. A titolo esemplificativo, basti pensare all'adozione di codici etici o di codici di comportamento da parte di amministrazioni pubbliche, di cui spesso, però, i dipendenti ignorano anche l'esistenza o che, seppur conosciuti, rappresentano solo un decalogo di buone intenzioni che solo un numero assai limitato si preoccupa di applicare e, raramente, di far rispettare.

Alla luce di quanto sopra riportato, la condivisione della cultura dell'integrità e della legalità, intesa come principio di base dell'agire pubblico, è in realtà una condizione necessaria per garantire lo sviluppo e l'implementazione di un efficace sistema di *risk management*, focalizzato sulla dimensione etica.

Oltre alla presenza di una cultura etica condivisa, è necessario che il processo di gestione del rischio di fallimento etico goda di un forte e palese *commitment* da parte del vertice politico-amministrativo. Data la trasversalità che la gestione del rischio assume all'interno di un ente, il vertice politico-amministrativo deve infondere nell'amministrazione la consapevolezza della rilevanza del processo e motivare tutti i membri dell'amministrazione a dare il proprio contributo. L'assenza di *commitment* può tradursi nello scarso impegno, da parte di ciascun membro dell'amministrazione, nello svolgimento dei propri compiti e nell'assegnazione di una priorità bassa agli stessi o nella delegazione alla sola sensibilità personale di ciascuno della definizione del grado di impegno profuso. Infine, il vertice politico-amministrativo non deve essere solo il soggetto al quale viene

consegnato il *report* finale, ma un soggetto coinvolto in ogni momento rilevante di ciascuna fase del *risk management*.

Tra le **condizioni di attuazione** che incidono principalmente sull'efficacia del processo si hanno:

- la definizione e la condivisione degli obiettivi perseguiti dall'amministrazione;
- un adeguato profilo del gruppo di lavoro.

La definizione chiara e condivisa degli obiettivi costituisce un prerequisito indispensabile per l'avvio di un processo di gestione del rischio nella pubblica amministrazione. Come già indicato, il rischio può essere definito come un elemento che si interpone tra gli obiettivi e i risultati attesi, compromettendo il raggiungimento dei primi. Pertanto, solo qualora siano chiari e condivisi gli obiettivi perseguiti è possibile identificare gli eventi rischiosi che possono compromettere il loro raggiungimento. In definitiva, prima di avviare un processo di gestione del rischio in un'amministrazione, tutti i membri della stessa devono aver compreso:

- dove sta andando l'ente;
- che cosa accade se non si implementa un processo di *risk management*;
- quali sono i costi della decisione di non gestire il rischio di fallimento etico;
- quali sono i risultati che si intendono ottenere.

Il vertice politico-amministrativo ha un'ulteriore responsabilità: scegliere un capo progetto e/o un coordinatore che abbia una forte reputazione, dotato di competenze tecniche e *leadership* riconosciute. Ciò è sintomo sia dell'importanza assegnata al *risk management*, sia del fatto che lo stesso rientra tra le priorità del vertice politico-amministrativo. Allo stesso tempo, occorre osservare che la gestione del rischio rappresenta un lavoro di squadra che coinvolge in maniera ampia l'amministrazione, e pertanto è necessario che sia creato un gruppo di lavoro composto da persone con caratteristiche ed esperienze diverse e complementari.

Per una corretta ed efficiente implementazione del processo di gestione del rischio di fallimento etico è indispensabile, invece, porre attenzione su alcuni elementi di contesto quali:

- la formazione e informazione all'interno del gruppo di lavoro;
- la disponibilità di supporti informativi;
- il coinvolgimento dell'intera struttura;
- il collegamento con la gestione delle *performance*.

Con riferimento alla formazione e informazione del gruppo di lavoro, l'attenzione va posta sulla necessità di acquisire le conoscenze e le competenze sui processi di *risk management*, assicurare l'allineamento delle mappe logiche e degli approcci utilizzati e uniformare la cultura del gruppo di lavoro sul tema della gestione del rischio. Infatti, a fronte del nuovo processo da implementare, il gruppo di lavoro si compone di persone con caratteristiche e conoscenze differenziate le quali devono essere integrate, tenendo conto delle rispettive competenze e specificità. Da un punto di vista più operativo, è indispensabile che nel gruppo di lavoro si proceda ad una suddivisione dei ruoli, che si programmino le attività, che si diano delle regole di coordinamento, che si condividano i sistemi di comunicazione e di *reporting*, che si verifichi il calendario, che si decidano le modalità di *briefing* e che si prenda confidenza con le tecniche specifiche.

La gestione del rischio di fallimento etico presuppone il reperimento, l'analisi e l'elaborazione di una grossa mole di dati. A tal fine risulta necessario assicurarsi il supporto informativo da parte di tutti i soggetti depositari delle informazioni necessarie, rendendoli parte attiva del processo di *risk management*. In un primo ciclo di *risk management*, la mancata disponibilità di informazioni o la scarsa reperibilità delle stesse può compromettere il conseguimento dei risultati attesi dal processo o far virare la metodologia verso un approccio puramente qualitativo, non sempre sufficiente per la messa in atto di risposte al rischio che richiedono ingenti investimenti. Nei successivi cicli il coinvolgimento dei gestori dei sistemi informativi dell'amministrazione è indispensabile per le attività di monitoraggio dell'esposizione e dell'andamento dei rischi.

La gestione del rischio di fallimento etico necessita di costanti momenti di confronto e di un dialogo sui risultati parziali che via via si vanno realizzando. Il dibattito e il confronto sono necessari per affrontare e superare eventuali criticità che, inevitabilmente, si presenteranno nel corso

dell'implementazione del processo. La condivisione delle problematiche incontrate permette di valutare un ventaglio di possibili soluzioni e favorisce l'apprendimento organizzativo. Inoltre, è necessario il coinvolgimento e il confronto con l'intera struttura per consentire una corretta ed esaustiva identificazione degli eventi rischiosi, in quanto ogni servizio, settore, ufficio è depositario di conoscenze specifiche e, spesso, tacite.

Infine, si sottolinea che il *risk management* è un processo a supporto della *performance* attraverso il quale si cerca di massimizzare l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo di risorse scarse e generare gli *outcome* desiderati. Ciò si traduce, nelle pubbliche amministrazioni, in un collegamento tra il ciclo di gestione della *performance*, così come delineato nel D.lgs. 150/2009 e successive delibere CiVIT, e le azioni, i risultati e le risorse del processo di *risk management* messo in atto secondo la legge 190/2012 e successivi indirizzi normativi. Il collegamento può avvenire su due livelli:

1. a livello di sistema, attraverso l'integrazione dei sistemi di monitoraggio e aggiornamento delle *performance* con quelli del rischio di fallimento etico;
2. a livello di contenuti, attraverso la traduzione delle azioni e dei risultati attesi della gestione del rischio di fallimento etico in obiettivi di *performance* organizzativa e individuale.

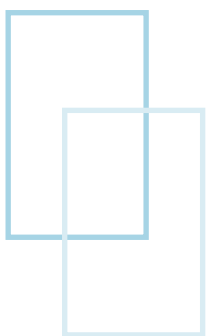
Soltanto attraverso un diretto collegamento tra la gestione del rischio di fallimento etico (piano per la prevenzione della corruzione) e la gestione delle *performance* (sistema di misurazione e valutazione e piano di *performance*) sarà possibile finalizzare il *risk management* agli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza ed equità delle amministrazioni e responsabilizzare i dirigenti e i dipendenti.



BIBLIOGRAFIA

- AIRMIC, ALARM, IRM, *A risk management standard*, 2002.
- AIRMIC, ALARM, IRM, *A structured approach to Enterprise Risk Management (ERM) and the requirements of ISO 31000*, 2010.
- AS/NZS 4360:1999, *Risk management*, Standards Australia and Standards New Zealand, 1999.
- AS/NZS 4360:2004, *Risk management*, Standards Australia and Standards New Zealand, 2004.
- AS/NZS ISO 31000:2009, *Risk management – Principles and guidelines*, Standards Australia and Standards New Zealand, 2009.
- COSO, *La gestione del rischio aziendale: ERM, Enterprise risk management: un modello di riferimento e alcune tecniche applicative*, ed. italiana a cura di Associazione Italiana Internal Auditors e PricewaterhouseCoopers, Il Sole 24 ore, Milano, 2006.
- Crime and Misconduct Commission – Queensland, *Fraud and corruption management. Guidelines for best practice*, 2005.
- Floreati A., *Introduzione al Risk management. Un approccio integrato alla gestione dei rischi aziendali*, Rizzoli, Milano, 2005.
- Hinna L., *Pubbliche amministrazioni: cambiamenti di scenario e strumenti di controllo interno*, CEDAM, Padova, 2002.
- IIA, AICPA, ACFE, *Managing the business risk of fraud: a practical guide*, 2008.
- ISO 31000:2009, *Risk management – Principles and guidelines*, International Organization of Standardization, 2009.
- Misani N., *Introduzione al Risk management*, EGEA, Milano, 1994.
- Monteduro F., Brunelli S., Buratti A., *La corruzione. Definizione, misurazione e impatti economici*, Formez PA, 2013.
- Monteduro F., Brunelli S., Buratti A., *La corruzione. Analisi delle esperienze internazionali*, Formez PA, 2013.
- OECD, *Integrity in government: Towards output and outcome measurement*, OECD Conference Centre, Paris, 2009.





Allegato



In questo allegato vengono presentati alcuni schemi di supporti da utilizzare nelle fasi del processo di *risk assessment* (dall'analisi di contesto alla valutazione del rischio). Lo scopo non è quello di fornire dei modelli a cui conformarsi, ma offrire schemi esemplificativi, a cui ispirarsi. Tali schemi dovranno essere adattati, ampliati o integrati a seconda delle scelte e delle specifiche esigenze organizzative.

1. ANALISI DI CONTESTO

Nell'ambito dell'analisi di contesto si propongono due supporti al fine di rispondere all'esigenza di conoscenza delle attività e dei processi che caratterizzano l'unità di rischio analizzata, quale prerequisito per una mappatura degli eventi rischiosi completa.

La scheda 1.1 rappresenta un supporto per la mappatura delle attività, propedeutica all'identificazione e valutazione degli eventi rischiosi. La scheda è divisa in due sezioni: la sezione contraddistinta dal colore blu è finalizzata a rilevare e registrare le informazioni sulle attività oggetto di analisi, riferibili ad un processo o ad un procedimento o ad un servizio; la sezione contraddistinta dal colore grigio rappresenta un supporto per le interviste e i *focus group* finalizzati alla condivisione, integrazione e validazione della mappa con i soggetti dell'amministrazione competenti in materia.



SCHEDA 1.1
Mappatura delle attività

Codifica Fase	Fase (Esplicitare le fasi in cui è articolato il processo o il procedimento o il servizio indagato per ciascuna fase del processo indagato)	Codifica Attività	Attività (Esplicitare le singole attività -unità elementari- in cui è articolata la fase del processo)	Indicare se l'attività è correttamente identificata (S/No)	In caso non sia correttamente identificata spiegarne le motivazioni	In caso non sia correttamente identificata proporre una formulazione alternativa	Indicare se l'attività identificata corrisponde alla prassi organizzativa (S/No)	In caso non vi sia corrispondenza indicarne le motivazioni
P	Programmazione	P.1	Rilevazione ed analisi delle esigenze del territorio di riferimento					
		P.2	...					
		P. n	...					
I	Istruttoria	I.1	Predisposizione del bando di gara e del relativo disciplinare e capitolato d'appalto					
		I.2	...					
		I.n	...					
								

La scheda 1.2 rappresenta un approfondimento della scheda precedente, integrando le informazioni descrittive delle attività mappate (anagrafica delle singole attività). Per tale motivo, le informazioni inserite nella scheda di seguito riportata potrebbero diventare dei campi ulteriori di rilevazione della scheda 1.1.

SCHEDA 1.2

Anagrafica attività

Codice Attività:	Titolo Attività:
Ufficio gestore:	Responsabile:
Finalità dell'attività (perché?):	
Oggetto dell'attività (cosa?):	
Modalità di realizzazione (come?):	
Altri uffici/soggetti interni ed esterni coinvolti nell'attività (con chi?):	
Output dell'attività (quale risultato?):	
Destinatari interni ed esterni dell'attività (a chi?):	
Attività di controllo:	

2. IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI DI RISCHIO

Nell'ambito dell'identificazione degli eventi di rischio si propongono tre supporti alimentati dalle informazioni raccolte nelle schede precedenti, al fine di rispondere all'esigenza di realizzare una mappatura degli eventi rischiosi completa sia nell'ampiezza (n° e tipologia di eventi rischiosi mappati) che nella profondità (elementi caratterizzanti il singolo evento rischioso).

La scheda 2.1 rappresenta un utile supporto per la costruzione del catalogo degli eventi rischiosi in relazione alle attività oggetto di indagine, precedentemente mappate (vedi scheda 1.1). La scheda è divisa in due sezioni: la sezione contraddistinta dal colore blu contiene la mappatura delle attività (scheda 1.1) a cui si aggiunge il catalogo degli eventi rischiosi per rilevare e registrare gli eventi rischiosi per ciascuna delle attività precedentemente mappate; la sezione contraddistinta dal colore grigio rappresenta un supporto per le interviste e i *focus group* finalizzati alla condivisione, integrazione e validazione degli eventi rischiosi con i soggetti dell'amministrazione competenti in materia.

SCHEDA 2.1
Catalogo degli eventi rischiosi

Mappatura Attività (vedi scheda 1.1)				Catalogo Eventi rischiosi		Valutazione di applicabilità	
Codifica Fase + Fase Processo	Codifica Attività + Attività	Codifica Evento Rischioso	Evento rischioso specifico	Categoria Evento Rischioso	Indicare se il rischio specifico è applicabile all'attività (S/No)	In caso di non applicabilità indicare le motivazioni	In caso di non applicabilità proporre un evento rischioso specifico applicabile
...	...	...	...	...	...	...	...
I. Istruttoria	I.1 Predisposizione del bando di gara e del relativo disciplinare e capitolato d'appalto	P.1	Inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta	Pilotamento procedure di gara			
	I.2 Nomina della Commissione di Valutazione	B.1	Assenza della necessaria indipendenza del decisore in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interesse	Conflitto di interessi			
	I.3 La Commissione di Valutazione valuta le domande sulla base dei criteri pubblicati nel bando	B.1	Assenza della necessaria indipendenza del decisore in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interesse	Conflitto di interessi			
		C.3	Cedimento a illegittime pressioni	Corruzione e non integrità del funzionario pubblico			
		A.2	Mancata rilevazione dell'ammissione a finanziamento a valere su altre fonti	Assenza o carenza di controlli			
....							



La scheda 2.2 rappresenta un supporto per la mappatura delle condizioni agevolanti (cause) la manifestazione degli eventi rischiosi precedentemente mappati (vedi scheda 2.1). La scheda è divisa in due sezioni: la sezione contraddistinta dal colore blu contiene la mappatura della attività (scheda 1.1), il catalogo degli eventi rischiosi (scheda 2.1) a cui si aggiunge la mappatura delle condizioni agevolanti in relazione a ciascun evento rischioso; la sezione contraddistinta dal colore grigio rappresenta un supporto per le interviste e i *focus group* finalizzati alla condivisione, integrazione e validazione delle suddette condizioni con i soggetti dell'amministrazione competenti in materia.

Tali informazioni rappresentano un *addendum* al catalogo degli eventi rischiosi, utili sia in fase di valutazione degli eventi rischiosi che in fase di risposta al rischio.

SCHEDA 2.2
Mappatura condizioni agevolanti

Mappatura Attività (vedi scheda 1.1)		Catalogo Eventi rischiosi (vedi scheda 2.1)			Condizioni agevolanti			Valutazione di applicabilità		
Codifica Fase + Processo	Codifica Attività + Attività	Codifica Evento Rischioso	Evento rischioso specifico	Categoria Evento Rischioso	Fattori interni	Fattori esterni	Indicare se la condizione è applicabile (SI/No)	In caso di non applicabilità indicarne le motivazioni	In caso di non applicabilità proporre una condizione applicabile	
...	...	...	...	...						
I. Istruttoria	I. 1 Predisposizione del bando di gara e del relativo disciplinare e capitolato d'appalto	P.1	Inserimento nel bando di clause delegate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta	Pilotamento procedure di gara	Discrezionalità					
						Infiltrazioni mafiose				
					Assenza di competenza dei funzionari addetti					
						Alta complessità delle normative che regolamentano il settore specifico				
...	...		...	...						



Anche per gli eventi rischiosi, come per le attività (vedi scheda 1.2), è possibile prevedere una scheda anagrafica degli eventi rischiosi finalizzata ad integrare ed approfondire le informazioni sugli eventi rischiosi mappati. Tale scheda, come indicato nel paragrafo 3.2, accompagna tutto il processo di *risk management*, consentendo la registrazione delle informazioni relative all'evento rischioso via via che esse sono rilevate o prodotte nelle diverse fasi. Naturalmente, come indicato per la scheda 1.2, le informazioni aggiuntive da rilevare, di seguito suggerite, potrebbero diventare dei campi ulteriori di rilevazione delle schede 2.1 e 2.2.

SCHEDA 2.3

Anagrafica eventi rischiosi

Codice e Titolo Evento rischioso specifico:	Categoria Evento rischioso:
Attività esposta al rischio: Descrizione qualitativa dell'evento rischioso: <i>Spiegare in maniera puntuale oggetto e dinamiche dell'evento rischioso ed esplicitare i fattori che possono agevolare la sua manifestazione</i>	Ufficio esposto a rischio:
Quantificazione dell'evento rischioso: <i>Indicare le modalità di valutazione della probabilità e dell'impatto scelte per misurare l'evento rischioso. (Tale campo sarà compilato nella fase di valutazione degli eventi rischiosi, quando si deciderà come misurare impatto e probabilità)</i>	
Rilevazione delle informazioni per la valutazione dell'evento rischioso: <i>Indicare se esistono serie storiche e dati quantitativi atti a rilevare la frequenza di accadimento e l'impatto degli eventi rischiosi in relazione allo specifico evento; nel caso esistano, indicare l'ufficio che si occupa della rilevazione dei dati. Indicare, inoltre, gli uffici e i soggetti dell'amministrazione depositari di esperienza e conoscenza tali da permettere una valutazione anche soggettiva della probabilità e degli impatti dell'evento rischioso indagato; indicare, infine, gli uffici e i soggetti esterni all'amministrazione depositari di esperienza e conoscenza tale da permettere una valutazione della probabilità e degli impatti dell'evento rischioso indagato.</i> <i>(Tale campo sarà compilato nella fase di valutazione degli eventi rischiosi, quando si deciderà come misurare impatto e probabilità)</i>	

Attività di controllo e prevenzione in essere: *Descrivere le attività e gli strumenti presenti nell'amministrazione in grado di presidiare l'evento rischioso. (Tale campo sarà compilato nella fase di analisi del livello di presidio del rischio, quando si valuterà il pressing dei controlli esistenti sui rischi individuati)*

Interventi di risposta al rischio da attivare: *Indicare strumenti e interventi idonei a mitigare l'evento rischioso e identificare le funzioni responsabili del loro sviluppo. (Tale campo sarà compilato nella fase di trattamento del rischio, quando si definiranno policy e strumenti per presidiare il rischio individuato)*

Attività di monitoraggio: *Indicare i soggetti e le misure che possono essere utilizzate per il monitoraggio dell'evento rischioso. (Tale campo sarà compilato nella fase di monitoraggio, aggiornamento e comunicazione, quando si definiranno strumenti e modalità di controllo)*



3. VALUTAZIONE DEGLI EVENTI DI RISCHIO

Per la fase di valutazione degli eventi di rischio si propongono due supporti, uno per la valutazione della probabilità e uno per la valutazione dell'impatto.

Come indicato nel paragrafo 3.3, la probabilità misura la frequenza di accadimento, il numero di volte che un evento si ripeterà in un determinato intervallo di tempo; tuttavia per la natura degli eventi di corruzione è necessario che, accanto al numero di episodi accaduti in passato, si prendano in considerazione anche altre variabili che consentano di legare la valutazione della probabilità a caratteristiche oggettive di funzionamento delle attività indagate (fattori interni) o condizioni di contesto che possono incidere sulla manifestazione o meno dell'evento rischioso (fattori esterni).

Ciò premesso, si propone un supporto per la valutazione della probabilità che lega quest'ultima ai fattori interni ed esterni rilevati nella fase di mappatura delle condizioni agevolanti (vedi scheda 2.2), utilizzando una scala di valutazione a 3. Si sottolinea che il supporto di valutazione proposto nella scheda 3.1 è solo esemplificativo in quanto, nell'ambito delle tecniche soggettive, è possibile utilizzare diverse scale di valutazione – a 3, a 5, a 7, etc... – e diverse modalità di rappresentazione dei giudizi; inoltre, è possibile attribuire a ciascun fattore un peso in modo da ottenere una media ponderata, che sia più rappresentativa delle specificità organizzative che incidono sulla probabilità totale di accadimento dell'evento rischioso. Inoltre, in caso di presenza di dati quantitativi, è possibile ricorrere a tecniche oggettive, misurando la probabilità attraverso modelli matematico-statistici.

La scheda è divisa in due sezioni: la sezione contraddistinta dal colore blu contiene la mappatura della attività (scheda 1.1), il catalogo degli eventi rischiosi (scheda 2.1), la mappatura delle condizioni agevolanti (scheda 2.2) che rappresentano le caratteristiche dell'attività indagata a cui legare la valutazione di probabilità; la sezione contraddistinta dal colore grigio rappresenta un supporto per le interviste e i *focus group* finalizzati alla rilevazione della probabilità da realizzare con i soggetti dell'amministrazione depositari delle conoscenze necessarie.

SCHEDA 3.1
Valutazione della probabilità di accadimento degli eventi rischiosi

Mappatura Attività (vedi scheda 1.1)			Catalogo Eventi rischiosi (vedi scheda 2.1)			Condizioni agevolanti (vedi scheda 2.2)		Valutazione della probabilità					
Codifica Fase + Fase	Codifica Attività +	Processo	Codifica Evento	Rischioso	Evento rischioso specifico	Categoria Evento	Fattori interni	Fattori esterni	Indicare se, in relazione alla condizione agevolante, la probabilità di accadimento è BASSA (1)	Indicare se, in relazione alla condizione agevolante, la probabilità di accadimento è MEDIA (2)	Indicare se, in relazione alla condizione agevolante, la probabilità di accadimento è ALTA (3)	Probabilità dell'evento rischioso calcolato come media semplice delle valutazioni precedenti	
...	...	1.1 Predisposizione del bando di gara e il relativo disciplinare e capitolato d'appalto	...	P.1	Inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta	Pilotamento procedure di gara	Discrezionalità			X		2,25	
							Assenza di competenza dei funzionari addetti				X		
...	...	...	...	...	...	...	...	Alta complessità delle normative che regolamentano il settore specifico			X		
...	...	...	...	...	...	...							

Come indicato nel paragrafo 3.3, l'impatto rileva l'effetto generato come conseguenza del verificarsi dell'evento rischioso; la valutazione dell'impatto richiede, quindi, che vengano, innanzitutto, identificate la dimensione o le dimensioni di impatto significative in relazione all'ambito indagato, come ad esempio la dimensione organizzativa, quella economica e quella reputazionale.

Di seguito si propone un supporto per la valutazione dell'impatto in relazione alle tre dimensioni suddette. Si sottolinea che il supporto di valutazione proposto nella scheda 3.2 è solo esemplificativo in quanto, nell'ambito delle tecniche soggettive, è possibile utilizzare diverse scale di valutazione – a 3, a 5, a 7, etc... – e diverse modalità di rappresentazione dei giudizi; inoltre, è possibile attribuire a ciascuna dimensione di impatto un peso in modo da ottenere una media ponderata, che sia più rappresentativa della significatività dell'impatto. Inoltre, in caso di presenza di dati quantitativi storici, è possibile ricorrere ad una misurazione puntuale degli indici utilizzati.

La scheda è divisa in due sezioni: la sezione contraddistinta dal colore blu contiene la mappatura della attività (scheda 1.1), il catalogo degli eventi rischiosi (scheda 2.1) a cui si aggiunge la mappatura delle dimensioni di impatto a cui legare la valutazione di impatto dell'evento rischioso; la sezione contraddistinta dal colore grigio rappresenta un supporto per le interviste e i *focus group* finalizzati alla rilevazione della valutazione dell'impatto da realizzare con i soggetti dell'amministrazione depositari delle conoscenze necessarie.

SCHEDA 3.2
Valutazione dell'impatto degli eventi rischiosi

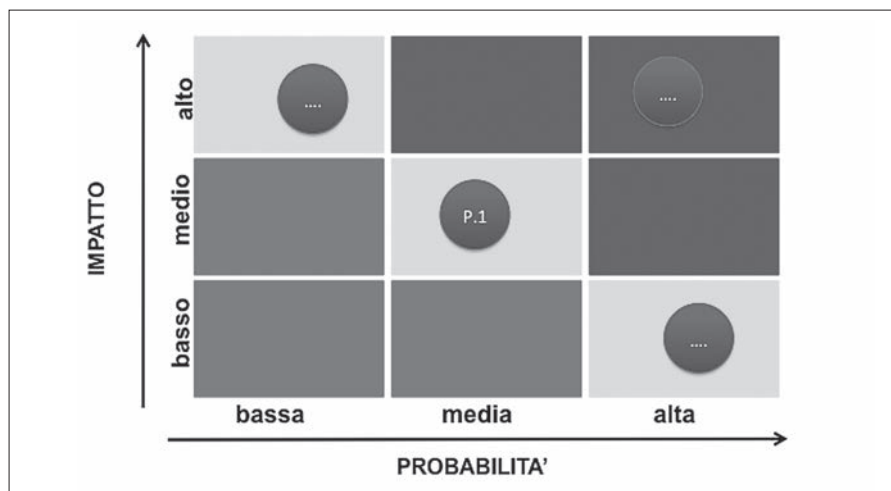
Mappatura Attività (vedi scheda 1.1)				Dimensioni di impatto			Valutazione dell'impatto							
Codifica Fase + Fase		Codifica Attività + Attività		Codifica Evento Rischioso		Catalogo Eventi rischiosi (vedi scheda 2.1)		Organizzativo	Economico	Reputazionale	Indicare se, in relazione alla dimensione, l'impatto generato è BASSO (1)	Indicare se, in relazione alla dimensione, l'impatto generato è MEDIO (2)	Indicare se, in relazione alla dimensione, l'impatto generato è ALTO (3)	Impatto dell'evento rischioso calcolato come media semplice delle valutazioni precedenti
..	..	...	...	...	...	...	...							
I. Istruttoria	..	1.1 Predispensione del bando di gara e del relativo disciplinare e capitolato d'appalto	P.1	Inserimento nel bando di clausole deputate a favorire alcune imprese e/o tali da dissuadere alcuni operatori dal presentare la propria offerta	Pilotamento procedure di gara		Personale impiegato nel processo rispetto al totale del personale impiegato nell'unità organizzativa competente				X			2
							Spese per contenziosi definiti con esiti sfavorevoli per l'amministrazione					X		
								Risonanza mediatica dell'evento			X			
														

Come indicato nel paragrafo 3.3, al fine di rappresentare graficamente e in maniera leggibile – sia sotto il profilo della probabilità sia dell’impatto – l’analisi della valutazione dei rischi, è possibile ricorrere alle cosiddette “matrici del rischio”.

La rappresentazione dei rischi attraverso le matrici è particolarmente efficace quando si impiegano tecniche qualitative. In questo caso, infatti, il rischio non può essere sintetizzato con un determinato numero o con una serie numerica come accade in presenza di modelli matematico-statistici.

I risultati delle schede 3.1 e 3.2 confluiscono nella matrice del rischio di seguito proposta, che rappresenta, lungo l’asse delle ordinate e delle ascisse, rispettivamente l’impatto e la probabilità, secondo la scala di valutazione adottata.

FIGURA 1
Matrice impatto/probabilità



Formez PA

Centro servizi, assistenza, studi e formazione
per l'ammodernamento delle PA
viale Marx 15, 00137 Roma
www.formez.it

Area Comunicazione e Servizi al cittadino

tel. 06/84892643
editoria@formez.it

