



ATTIVITÀ PRELIMINARE ALL'INDIZIONE DI GARA

Data di adozione del decreto di approvazione

Codice P1 rev. 03

Pag. 1 di 4

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività precedenti l'indizione della gara di affidamento di servizi, lavori e forniture.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015;
- D.lgs. 36/2023 s.m.i. D.lgs. 209/2024;
- Costituzione di struttura organizzativa operante quale centrale di committenza (Convenzione ex art. 15 L. n. 241/1990 e art. 1 c. 88 L. n. 56/2014)

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- RSUA Responsabile Stazione Unica appaltante
- DIR Dirigente dell'Ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziari

4. RESPONSABILITÀ

Il DIR dell'Ente aderente/Servizio committente è responsabile per l'attività di identificazione del RUP.

Il RUP è responsabile per tutte le altre attività descritte nella presente procedura per le attività di competenza dell'Ente aderente, mentre DIR SUA e RSUA sono responsabili per le attività descritte nella presente procedura per le attività di competenza della Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Rilievo del fabbisogno

Entro il 31 gennaio di ogni anno e comunque entro e non oltre 30 gg dall'approvazione degli atti di programmazione (Piano triennale LL.PP., Piano triennale per gli acquisti e le forniture ecc.) devono essere trasmessi alla SUA i dati relativi alle procedure che si prevedono di avviare entro l'anno, utilizzando l'apposito sistema web messo a disposizione dalla SUA per la redazione della programmazione annuale delle attività della SUA.

In caso di mancato rispetto da parte del RUP dei tempi sopra indicati, e comunque entro la fine del mese di febbraio di ogni anno, il Responsabile della SUA (RSUA) invia una lettera di sollecito agli Enti inadempienti.



ATTIVITÀ PRELIMINARE ALL'INDIZIONE DI GARA

Data di adozione del decreto di approvazione

Codice P1 rev. 03

Pag. 2 di 4

Sulla base della programmazione ricevuta dagli Enti aderenti, viene redatto un cronoprogramma delle gare da gestire per l'anno in corso. Il calendario della programmazione annuale verrà approvato dal RSUA e pubblicato nella sezione del sito istituzionale della Provincia dedicata alle gare.

La programmazione annuale può essere aggiornata con cadenza trimestrale dal RSUA, fermo restando il rispetto delle scadenze della programmazione annuale.

La SUA organizza la propria attività in base alla programmazione ed in ogni caso accordando carattere prioritario alle procedure di affidamento per le quali ricorrono ragioni di urgenza, desunte da oggettive motivazioni o indicazioni normative e/o legate a perdite di finanziamento. Anche questo tipo di riprogrammazione viene definita sotto responsabilità del RSUA.

In caso di assenza di risposta decorsi 15 giorni dal sollecito ricevuto, il singolo Ente aderente che non avesse inviato il piano non troverà nessuna attività inserita nella programmazione. Qualora poi volesse attivare procedure di gara dovrà inviare formale richiesta di inserimento. L'attività sarà programmata in coda ai progetti già approvati nel piano.

Il sistema di inserimento dei dati per l'elaborazione della programmazione richiede di indicare:

- Oggetto del lavoro, servizio o fornitura;
- Importo complessivo stimato del QE;
- Importo stimato da porre a base d'asta;
- Durata prevista dei lavori/servizi/forniture;
- Tempistica per la programmazione (data presunta di invio della determinazione a contrarre);
- Fonte di finanziamento;
- Codice CPV;
- Responsabile del Progetto e relativi riferimenti (telefono, mail, pec ecc.)

Tali informazioni rappresentano il livello minimo di dati per poter completare il rilievo dei fabbisogni, ma la comunicazione dei dati può essere accompagnata da altri materiali (es. relazione illustrativa) che l'Ente aderente/Servizio committente riterrà opportuni e/o necessari.

5.2 Definizione documenti di gara e indizione

Il RSUA provvede, all'atto di aggiornamento della programmazione, a ricordare agli Enti aderenti le scadenze previste per il successivo trimestre.

Almeno 30 giorni prima del termine stabilito per la trasmissione della decisione a contrarre, il RUP ed il RSUA possono attivare un confronto per la verifica congiunta della documentazione di gara. I lavori preliminari dovranno concludersi entro 15 giorni dall'avvio.

Il RSUA dà atto dell'attività preliminare svolta di concerto con il RUP spuntando la relativa casella nel file "Tavola di gestione del carico" di cui al modello P.1 - A1.

Entro 15 giorni dalla conclusione dell'attività preliminare, il RUP dovrà trasmettere tramite PEC la documentazione di gara ed il RSUA procederà alla pubblicazione della gara entro i successivi 15 giorni.

Nel caso in cui la SUA rilevi la necessità di apportare modifiche o integrazioni alla documentazione, chiederà al Responsabile del Procedimento individuato dall'Ente aderente di regolarizzare e/o integrare la documentazione. In tal caso il termine per l'avvio della procedura di gara, è sospeso dalla data di richiesta di regolarizzazione o di integrazione inviata dalla SUA fino alla data di ricevimento della documentazione richiesta. La SUA assegna un termine, non inferiore a 5 giorni, per la trasmissione delle integrazioni/regolarizzazioni necessarie. In caso di mancata integrazione nei termini assegnati dalla SUA, la procedura dovrà essere riprogrammata in coda alle altre gare già programmate.

	ATTIVITÀ PRELIMINARE ALL'INDIZIONE DI GARA	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P1 rev. 03 Pag. 3 di 4
---	---	--

La SUA non opera alcun controllo in merito ai documenti che costituiscono parte integrante del progetto, nonché alla conformità del medesimo alla normativa vigente al momento di avvio della procedura di gara, attività di natura tecnica della quale è direttamente responsabile l'Ente aderente.

In caso di ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa - nel sub criterio del rapporto qualità/prezzo o merito tecnico - la SUA effettua una verifica meramente oggettiva di conformità alle norme e alla giurisprudenza in materia, senza operare alcuna scelta discrezionale in ordine all'individuazione degli elementi di valutazione. La SUA opera un controllo estrinseco in merito alla ragionevolezza, logicità e non contraddittorietà dei criteri adottati dal RUP per la valutazione dell'offerta tecnica.

5.3 Indizione della gara

La decisione a contrarre deve contenere i seguenti elementi:

1. rilievo dell'esigenza di procedere all'affidamento ad operatore economico specializzato per l'acquisizione di lavori, beni o servizi, con esplicitazione della relativa motivazione e descrizione dell'oggetto del contratto;
2. tipologia della procedura di scelta del contraente (aperta, ristretta, negoziata...);
3. definizione dell'importo a base di gara e fonte di finanziamento;
4. indicazione del CUP, CUI, individuazione CCNL e CNEL da applicarsi e cod. Ateco di riferimento;
5. definizione del quadro economico-finanziario relativo ai costi da sostenere per la realizzazione della procedura di gara;
6. indicazione della disponibilità delle risorse finanziarie necessarie a garantire la copertura economica dell'importo contrattuale e degli oneri economici connessi allo svolgimento della procedura di affidamento, nonché degli incentivi ex art. 45 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii., oppure assunzione di preimpegno o impegno di spesa;
7. approvazione della documentazione tecnica di gara;
8. indicazione dei criteri di selezione degli operatori economici e di valutazione delle offerte;
9. indicazione degli elementi essenziali del contratto, tra cui durata e importo massimo stimato, con approvazione in tale sede dello schema di contratto, che verrà sottoscritto all'esito della gara con l'operatore economico selezionato;
10. approvazione della documentazione amministrativa di gara di competenza dell'Ente aderente;
11. delega alla SUA allo svolgimento della procedura di affidamento, con tutti i compiti e i poteri che ne conseguono, così come stabilito dalla Convenzione;

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Completezza documentale allegata alla determina di indizione	Responsabile della SUA	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	> 75%
Rispetto tempistica firma determina di indizione	Responsabile della SUA	Firma Determina a sistema	Annuale	> 75%
Numero di procedure oggetto di revisioni in sede di attività preliminare	Responsabile della SUA	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	< 20 %



ATTIVITÀ PRELIMINARE ALL'INDIZIONE DI GARA

Data di adozione del
decreto di approvazione

Codice P1 rev. 03

Pag. 4 di 4

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Atto di identificazione del RSUA e del gruppo di lavoro, attraverso determinazione pubblicata nelle forme di legge che può coincidere con la determinazione di indizione della procedura;
 - Bando, disciplinare ed altri atti di gara, gestiti secondo quanto definito dalla normativa vigente in quanto atti pubblici;

Sono inoltre presenti i seguenti allegati registrati nel sistema SGQ, oltre all'applicativo web utilizzato per la raccolta dei fabbisogni:

Codice	Titolo	Compilazione	Archiviazione	Tempo di conservazione
P1-A1	Tavola di gestione del carico	RSUA	Cartella SUA	1 anno



STAZIONE UNICA APPALTANTE DELLA PROVINCIA DI PISTOIA

TAVOLA DI GESTIONE DEL CARICO

Approvata nel SGQ ISO 9001

Foglio1

STATO GARE		STATO GARE		STATO GARE		TEMPISTICHE VERIFICHE	ESITO CONTENZIOSO
STATO GARE	SI/NO	MESI	ENTI COMMITTENTI E SERVIZI PPT	TIPO DI PROCEDURA	CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE		
APPALTO AGGIUDICATO	SI	GENNAIO	Comune di Abetone Cutigliano	PROCEDURA APERTA	O.E.P.V.	< 30 GIORNI	VITTORIA
RICEZIONE OFFERTE	NO	FEBBRAIO	Comune di Agliana	NEGOZIATA PREVIA MI	MINOR PREZZO	> 30 GIORNI	SOCCOMBENZA
COMMISSIONE		MARZO	Comune di Buggiano	NEGOZIATA OOEE RUP	O.E.P.V. SOLO MERITO TECNICO		
VERIFICA ANOMALIA		APRILE	Comune di Cantagallo	AFFIDAMENTO DIRETTO	O.E.P.V. E MINOR PREZZO		
VERIFICA MANODOPERA		MAGGIO	Comune di Carmignano	PROJEC FINANCING			
SOCCORSO ISTRUTTORIO		GIUGNO	Comune di Chiesina Uzzanese				
IN VERIFICA REQUISITI		LUGLIO	Comune di Lamporecchio				
ESITO		AGOSTO	Comune di Larciano				
AFFIDAMENTO DIRETTO		SETTEMBRE	Comune di Marliana				
GARA DESERTA		OTTOBRE	Comune di Massa e Cozzile				
GARA ANNULLATA		NOVEMBRE	Comune di Monsummano Terme				
GARA SOSPESA		DICEMBRE	Comune di Montale				
CONTENZIOSO			Comune di Pescia				
NO			Comune di Pieve a Nievole				
RICORSO GIURISDIZIONALE			Comune di Poggio a Caiano				
RICORSO PdR			Comune di Ponte Buggianese				
ISTANZA AUTOTUTELA			Comune di Prato				
			Comune di Quarata				
			Comune di Sambuca P.se				
			Comune di San Marcello Piteglio				
			Comune di Serravalle P.se				
			Comune di Uzzano				
			Comune di Vaiano				
			Comune di Vernio				
			Provincia di Prato				
			Unione dei Comuni Montani dell'appennino Pistoiese				
			Unione dei Comuni della Val di Bisenzio				
			MEFIT				
			ATC Pistoia 11				
			SdS Pistoiese				
			SdS Valdinievole				
			SdS Area Fiorentina Nord-Ovest				
			SdS Area Pratese				
			Istituti raggruppati				
			Far.Com. S.p.A.				
			Prefettura U.T.G. di Pistoia				
			Liceo scientifico Amedeo Di Savoia				
			Liceo classico Niccolò Forteguerri				
			Servizio Viabilità				
			Servizio Patrimonio				

Indicatori

TABELLA INDICATORI

					Indicatore %	Indicatore		Target
P1	Completezza documentale allegata alla determina di indizione	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0! %	>75%
P1	Rispetto tempistica firma determina di indizione		0	0			#DIV/0! %	>75%
P1	Numero di procedure oggetto di revisione nell'attività preliminare						#DIV/0! %	<20%
P2	Numero procedura di gara i cui termini di scadenza vengono prorogati	0		0			#DIV/0! %	<15%
P2	Gare lotti infruttuosi	0		0			#DIV/0! %	<20%
P3	Rispetto dei termini per la nomina della Commissione		0	0	0		#DIV/0! %	>60%
P3	Rispetto dei termini per l'adozione del provvedimento di aggiudicazione	0		100			100,00 %	>80%
P4	Tempo medio di verifiche dall'aggiudicazione		0	0			#DIV/0! gg	<30gg
P5	Percentuale di ricorsi su numero di gare		0	0			#DIV/0! %	<10%
P5	Percentuale di ricorsi vinti su numero di ricorsi	0	0	0			#DIV/0! %	>75%
P10	Rispetto tempistica programmazione	0		0			#DIV/0! %	>80%
P10	Numero gare pubblicate						0	>100
P10	Numero Gare Concluse (aggiudicate, deserte, revocate ecc.)						0	>100

	SELEZIONE DEI CONCORRENTI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P2 rev. 03 Pag. 1 di 3
---	----------------------------------	--

Revisione	Natura della modifica		
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02		
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:	
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo	

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività relative alla selezione dei concorrenti, a partire dalla pubblicazione della gara.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i. D.lgs. 209/2024;

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- G.U.U.E. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea
- G.U.R.I. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
- C.I.G. Codice Identificativo Gara
- CUP Codice Unico di Progetto
- PEC Posta Elettronica Certificata
- PAD Piattaforma di approvvigionamento digitale

4. RESPONSABILITÀ

Il RUP e il RSUA sono responsabili per le attività descritte nella presente procedura.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Pubblicazione della gara

Una volta assunta la Determinazione dirigenziale di approvazione atti di gara ed indizione, il RSUA procede con la pubblicazione della gara.

Tale attività è sottoposta a termini, modalità e tempi di pubblicazione definiti per legge, tra cui:

- sulla PAD utilizzata
- Pubblicazione sulla PAD e tramite la stessa alla BDNCP, G.U.U.E., ecc...
- Profilo del committente

	SELEZIONE DEI CONCORRENTI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P2 rev. 03 Pag. 2 di 3
---	----------------------------------	--

5.2 Gestione dei chiarimenti e comunicazioni

La normativa vigente prevede la possibilità di richiedere chiarimenti, fissando un termine entro cui la SUA è tenuta a fornirli. I chiarimenti sono ammessi e ad essi è dato riscontro a condizione che gli stessi pervengano entro il termine fissato dalla *lex specialis* di gara prima del termine stabilito per la presentazione delle offerte. I chiarimenti che dovessero pervenire oltre il termine indicato, saranno considerati tardivi ed inammissibili.

Le richieste di chiarimento sono inviate dagli operatori economici attraverso la PAD utilizzata per la gestione della gara.

La richiesta viene presa in carico dal RSUA, il quale fornisce risposte in merito ai quesiti che interessano la *lex specialis* di gara, e in caso di quesiti in merito ai contenuti del progetto messo a gara, CSA, criteri e punteggi o quant'altro si riferisca a quanto elaborato dal RUP, viene trasmessa allo stesso che la analizza e fornisce le risposte sulla base della documentazione di gara.

Le comunicazioni tra RSUA e RUP avvengono tramite e-mail ordinaria o tramite altro mezzo idoneo.

Le risposte agli OO.EE. vengono inviate dal RSUA tramite la PAD utilizzata.

Tutte le comunicazioni relative alla procedura di gara vengono gestite direttamente dal RSUA tramite la PAD utilizzata.

5.3 Verifica della documentazione

Giunti a scadenza per la presentazione delle offerte, il RSUA procede, con l'attività di verifica della documentazione amministrativa prodotta dai concorrenti, eventualmente con il supporto del Seggio di Gara istituito *ad hoc*, di cui è Presidente. Questa fase è propedeutica alla definizione degli ammessi e degli esclusi al procedimento di gara.

Nel caso in cui siano riscontrate carenze in elementi formali della domanda, si procede con il soccorso istruttorio.

5.4 Soccorso istruttorio

Nel caso in cui vengano rilevate mancanze formali nella documentazione di gara presentata da un concorrente, la SUA invia una richiesta di integrazione documentale al concorrente stesso con l'indicazione del termine entro cui provvedere come previsto dalla normativa vigente.

Tale richiesta viene inviata a mezzo PEC, così come la risposta integrativa.

La documentazione ricevuta entra a far parte della documentazione di gara fornita dal concorrente.

Nel caso in cui alla scadenza il concorrente non abbia provveduto all'integrazione documentale, si procederà come stabilito dalla normativa vigente.

5.5 Pubblicazione degli ammessi/esclusi

Valutata l'adeguatezza della documentazione amministrativa pervenuta, l'eventuale completezza della documentazione integrativa e il rispetto dei termini per la stessa definiti, il RSUA procede con l'ammissione e/o l'esclusione dei concorrenti che sarà poi comunicata ai sensi della normativa vigente.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Numero di procedure di gara i cui termini di scadenza per la presentazione delle offerte vengono prorogati	Responsabile del Procedimento	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	< 15 %
Gare/Lotti infruttuose	Responsabile del Procedimento	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	< 20 %

	SELEZIONE DEI CONCORRENTI	<p>Data di adozione del decreto di approvazione Codice P2 rev. 03 Pag. 3 di 3</p>
---	---------------------------	---

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Documentazione di gara pubblicata sulla piattaforma, gestita secondo quanto definito dalla normativa vigente in quanto atti pubblici;
- Risposte alle domande di chiarimento, gestite secondo quanto definito dalla normativa vigente in quanto atti pubblici;
- Nota di comunicazione dell'esclusione, con il relativo provvedimento, gestita secondo quanto definito dalla normativa vigente in quanto atto pubblico;

	VALUTAZIONE DELLE OFFERTE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P3 rev. 03 Pag. 1 di 3
---	----------------------------------	--

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività relative all'apertura delle buste e alla valutazione delle offerte pervenute dai concorrenti e quelle che riguardano la conseguente aggiudicazione.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.Lgs. 36/2023 s.m.i.
- Bando di Gara

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- DIR Dirigente Ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziaria
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- OEPV Offerta Economicamente Più Vantaggiosa
- OMP Offerta a minor prezzo
- ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione
- PAD Piattaforma di approvvigionamento digitale

4. RESPONSABILITÀ

Il RSUA:

1. in caso di criterio di aggiudicazione del minor prezzo, con l'eventuale supporto del Seggio di Gara provvede all'apertura delle buste contenenti l'offerta economica.
2. in caso di criterio di aggiudicazione dell'O.E.P.V. è responsabile della nomina della Commissione Giudicatrice

La Commissione è responsabile per la valutazione delle offerte tecniche ed economiche, a meno che l'attribuzione del punteggio per le offerte economiche non sia eseguita in automatico sulla PAD, secondo quanto stabilito dalla documentazione di gara.

Il RSUA con la collaborazione del RUP e, se previsto, della Commissione è responsabile per la verifica di eventuali anomalie delle offerte.

	<p style="text-align: center;">VALUTAZIONE DELLE OFFERTE</p>	<p>Data di adozione del decreto di approvazione Codice P3 rev. 03 Pag. 2 di 3</p>
---	--	---

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Nomina della Commissione Giudicatrice

La Commissione viene nominata entro 10 giorni lavorativi successivi alla comunicazione dei detti nominativi da parte del RUP dell'Ente aderente/Servizio committente successivamente alla scadenza dei termini per la presentazione delle offerte .

La Commissione può essere nominata anche oltre il suddetto termine nel caso in cui non pervengano in tempo utile i riscontri dalle Autorità interpellate per la verifica dei requisiti. In ogni caso, è compito della SUA procedere con i solleciti necessari in caso di mancato riscontro alle richieste decorsi 5 giorni dall'invio.

La Determinazione di nomina della Commissione viene pubblicata sul sito istituzionale della Provincia di Pistoia e comunicata all'Ente aderente/Servizio committente non appena adottata.

Eccezionalmente, e sempre che questo non comporti un allungamento dei tempi, la rosa di esperti potrà essere costituita anche, o esclusivamente, da nominativi indicati da Enti universitari e/o di ricerca o da altre Pubbliche Amministrazioni, nonché da professionisti esterni all'uopo incaricati, dandone motivazione nel provvedimento di nomina della Commissione.

Nel caso in cui si rendesse necessario procedere con la sostituzione di uno o più membri della Commissione nominata per impedimenti sopravvenuti, il RSUA procederà alla surroga nel rispetto delle modalità e dei termini sopra indicati.

5.1.1 Individuazione degli esperti da inserire nella lista dei candidati

Il RSUA, scaduto il termine per la presentazione delle offerte, richiede al RUP dell'Ente aderente/Servizio committente di comunicare, entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta, i nominativi degli esperti da nominare quali membri della Commissione giudicatrice. Tali soggetti dovranno essere individuati dal RUP dell'Ente aderente/Servizio committente sulla base dei criteri di seguito indicati:

1. possesso di competenze e di esperienza nello specifico settore a cui si riferisce l'oggetto del contratto, desumibili dal curriculum vitae;
2. assenza di cause di incompatibilità rispetto ai concorrenti ai sensi dell'art. 51 c.p.c. e 93 D.lgs. n. 36/2023 s.m.i;

Il curriculum degli esperti individuati ed i moduli delle autocertificazioni inerenti l'assenza di situazioni di incompatibilità dovranno esse trasmessi alla SUA unitamente alla comunicazione dei rispettivi nominativi o comunque prima dell'adozione dell'atto di nomina.

5.2 Apertura delle buste

1. Nel caso in cui il criterio di aggiudicazione sia quello del minor prezzo, vengono aperte, in seduta pubblica, le offerte economiche.

2. Nel caso in cui il criterio di aggiudicazione sia quello dell'O.E.P.V. Il RSUA procede con l'apertura delle buste relative all'offerta tecnica.

Questa attività avviene nel seguente modo: in seduta pubblica, all'esito dell'ammissione dei concorrenti, vengono scaricate dalla PAD le offerte tecniche. Le offerte tecniche vengono messe a disposizione della Commissione giudicatrice e la relativa documentazione è trattata dalla SUA nel rispetto degli obblighi di riservatezza propri della fase procedimentale in questione.

A conclusione della valutazione delle offerte tecniche da parte della Commissione giudicatrice, viene redatto processo verbale dei lavori delle sedute riservate della Commissione stessa.

Il verbale della Commissione viene trasmesso senza indugio al RSUA che provvederà a dar conto dell'esito delle valutazioni espresse in apposita seduta pubblica all'uopo convocata entro 5 giorni lavorativi.

All'esito dei lavori inerenti l'attribuzione del punteggio tecnico, di regola nella medesima seduta pubblica, il RSUA procede all'apertura delle buste economiche, dando atto degli importi e dei ribassi offerti da ciascun concorrente.

Si procederà quindi nella medesima seduta pubblica a dare lettura della graduatoria provvisoria di merito.

	VALUTAZIONE DELLE OFFERTE	Data di adozione del decreto di approvazione
		Codice P3 rev. 03
		Pag. 3 di 3

5.3 Valutazione delle offerte

Nel caso in cui il criterio di aggiudicazione sia quello del prezzo più basso, non è richiesta una valutazione tecnico-discrezionale, ma solo un procedimento matematico predeterminato, di regola svolto in automatico dalla PAD. Di conseguenza il RSUA, assistito dal Seggio di Gara, esamina in seduta pubblica le offerte economiche pervenute e procede con la lettura dei dati.

5.4 Verifica anomalia

In seduta pubblica si procederà altresì a dare atto, ricorrendone i presupposti, della soglia di anomalia nonché della presenza di offerte che superino detta soglia.

Nel caso in cui sia necessario avviare la verifica sulla congruità delle offerte, si procederà ai sensi dell'articolo 110 del CCP rimettendo, se del caso, con la massima sollecitudine e comunque entro due giorni lavorativi gli atti al RUP dell'Ente aderente che provvederà con gli adempimenti di competenza con l'eventuale supporto della Commissione. Al termine dell'attività il RUP comunica l'esito del subprocedimento di verifica dell'anomalia di cui si darà conto in una successiva seduta pubblica, ovvero nei successivi atti di gara.

5.5 Aggiudicazione

Terminata la fase di valutazione delle offerte e di eventuale verifica della congruità ai sensi dell'art. 110 del D.Lgs. n. 36/2023 s.m.i., il RSUA, formula la proposta di aggiudicazione previo controllo estrinseco sulle operazioni svolte dalla Commissione giudicatrice o dal seggio di gara con apposito Verbale.

Il Dirigente, ricevuta la proposta di aggiudicazione del RSUA, entro i 5 giorni lavorativi successivi, la approva con determinazione dirigenziale di aggiudicazione. Tale provvedimento di aggiudicazione è comunicato ai sensi di legge ai concorrenti.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Rispetto dei termini per la nomina della Commissione	Responsabile della SUA	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	> 60 %
Rispetto dei termini per l'adozione del provvedimento di aggiudicazione	Responsabile della SUA	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	> 80 %

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Verbali Seggio di Gara, documento da pubblicare nella sezione appalti e bandi di gara del sito istituzionale della Provincia di Pistoia;
- Atto di nomina della Commissione, gestito secondo quanto definito dalla normativa vigente in quanto atto pubblico, documento da pubblicare nella sezione appalti e bandi di gara del sito istituzionale della Provincia di Pistoia;
- Verbali Commissione Giudicatrice, documento da pubblicare nella sezione appalti e bandi di gara del sito istituzionale della Provincia di Pistoia;
- Documenti relativi alla verifica anomalia, gestito secondo quanto definito dalla normativa vigente;

	VERIFICA DEI REQUISITI DELL'AGGIUDICATARIO	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P4 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	---	---

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività relative alla verifica del possesso dei requisiti dell'aggiudicatario della gara di cui agli articoli 94, 95 e 100 del CCP.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.Lgs. 36/2023 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente

4. RESPONSABILITÀ

La SUA è responsabile per l'acquisizione della documentazione diretta alla verifica del possesso dei requisiti dell'aggiudicatario.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Esecuzione controlli

Il RSUA acquisisce la documentazione comprovante il possesso dei requisiti da parte dell'Aggiudicatario attraverso le Banche dati disponibili e all'uopo istituite dall'ANAC (FVOE) e dalle altre Autorità pubbliche.

Per ogni procedura di gara, viene creata una cartella contenente i documenti atti alla verifica, successivamente archiviata nel fascicolo virtuale della gara.

5.2 Aggiudicazione efficace

La verifica con esito positivo del possesso dei requisiti richiesti in capo all'aggiudicatario è condizione di efficacia dell'aggiudicazione. L'aggiudicazione viene disposta con provvedimento del Dirigente della SUA in forma di determinazione dirigenziale che viene trasmessa all'Ente aderente e comunicata agli operatori economici nelle forme di legge entro cinque giorni dall'adozione.

Divenuta efficace l'aggiudicazione, senza necessità di un'ulteriore apposita determinazione dirigenziale:

	VERIFICA DEI REQUISITI DELL'AGGIUDICATARIO	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P4 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	---	--

- il RSUA o suo delegato, trasmette gli atti di gara all'Ente aderente/Servizio committente ai fini della stipula del contratto e degli adempimenti connessi e conseguenti es: presa in carico CIG;

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Tempo medio di conclusione delle verifiche dall'aggiudicazione	Responsabile della qualità	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	< 30 giorni

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Relazione istruttoria sulle verifiche condotte: riservato e da esibire su richiesta;
- Nota all'Ente committente di trasmissione degli atti di gara;
- Nota di comunicazione ai concorrenti del provvedimento di aggiudicazione.

	GESTIONE DEL CONTENZIOSO	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P5 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	---------------------------------	--

Revisione	Natura della modifica		
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02		
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:	
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo	

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività relative alla gestione di due tipologie di contenziosi:

- Ricorso al Giudice Amministrativo;
- contenzioso stragiudiziale.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.Lgs. 36/2023 s.m.i.
- Codice Processo Amministrativo, D.Lgs. 104/2010 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- DIR Dirigente ente aderente

4. RESPONSABILITÀ

La DIR è responsabile per le attività descritte con il supporto del RUP.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Gestione del ricorso al Giudice Amministrativo e precontenzioso

Nel caso in cui venga promossa un'impugnazione avverso gli atti di gara, il RSUA di concerto con il Dirigente ed in stretto coordinamento con il RUP, quando tale ultimo coordinamento non comporti pregiudizio per l'attività difensiva, procede con l'istruttoria necessaria per consentire all'Avvocatura della Provincia di Pistoia di compiere le valutazioni nel merito circa l'opportunità/necessità di resistere in giudizio.

I rapporti con l'Ente aderente sono gestiti dalla SUA, mentre i rapporti tra legali sono gestiti dall'Avvocatura provinciale.

In entrambi i casi, viene garantito il reciproco aggiornamento sugli eventuali sviluppi tramite lo scambio di comunicazioni periodiche, anche a mezzo e-mail.

	GESTIONE DEL CONTENZIOSO	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P5 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	---------------------------------	--

5.2 Gestione del contenzioso stragiudiziale

Nel caso in cui un operatore economico avvii un procedimento stragiudiziale volto all'annullamento dei provvedimenti di gara assunti dalla SUA, il RSUA di concerto con il RUP coordina l'attività di gestione della pratica garantendo il necessario raccordo con il Dirigente della SUA.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Percentuale di ricorsi sul numero di gare	Responsabile della qualità	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	< 10%
Percentuale di ricorsi vinti sul numero di ricorsi totali	Responsabile della qualità	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	> 75%

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Documenti derivanti dall'attività di gestione del contenzioso, documenti riservati di istruttoria interna;
- Ricorsi ed esiti, gestiti secondo quanto definito dalla normativa vigente;

	PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P6 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	--------------------------------------	--

Revisione	Natura della modifica		
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02		
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:	
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo	

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è la stipula ed il rispetto della Convenzione al fine di regolare i rapporti con gli Enti aderenti.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- DIR Dirigente ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziari

4. RESPONSABILITÀ

La DIR SUA è responsabile per le attività descritte nella presente procedura.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Stipula della Convenzione tra SUA e Ente Aderente

I rapporti tra la SUA e gli Enti Aderenti sono regolati da apposite Convenzioni.

Le eventuali richieste di adesione alla SUA, con stipula di Convenzione, sono rivolte al Presidente della Provincia e/o al Dirigente competente.

Le richieste sono valutate dal Presidente e dal Dirigente, sentito il RSUA, e le Convenzioni sono stipulate sulla base dei modelli approvati dal Consiglio provinciale ed aggiornati periodicamente.

A disposizione sul Sito internet della SUA sono consultabili gli schemi di convenzione approvati con gli Enti aderenti. Nelle convenzioni sono disciplinati i rapporti tra SUA ed Ente Aderente.

La sottoscrizione delle convenzioni è rimessa alla competenza del Dirigente ovvero del Presidente ove il caso.

5.2 Raccolta dei fabbisogni e pianificazione delle gare

Si rimanda alla scheda P.1

	PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P6 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	--------------------------------------	--

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
n. recessi dalle convenzioni	RSUA	Nota di rilievo	Annuale	< 5 %

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è di seguito descritta:

- Convenzioni pubblicate sul sito istituzionale

	GESTIONE DELLA FORMAZIONE DELLE RISORSE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P7 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	--	--

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività di formazione del personale afferente alla SUA.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i.
- Atti di programmazione della Provincia di Pistoia (PIAO)

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- DIR Dirigente ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziari

4. RESPONSABILITÀ

Il RSUA, di concerto con il DIR SUA, provvedono alla programmazione ed all'approvvigionamento del materiale formativo per il personale afferente all'Ufficio mediante iscrizione a corsi, convegni, giornate di studio ecc. in accordo con le previsioni contenute nel PIAO della Provincia e, pertanto, in stretta collaborazione con l'Ufficio Personale dell'Ente che è competente per la gestione dell'attività di formazione di tutti i dipendenti dell'Ente.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Formazione del personale SUA

Le attività di formazione vengono svolte in aula e da remoto, secondo quanto previsto dalla pianificazione della formazione che viene gestita dal Servizio personale per tutto l'Ente ed approvata ogni anno con il PIAO.

L'allegato P7-A1 contiene il "Registro del fabbisogno formativo" del personale della SUA ove vengono inserite le richieste di formazione pervenute dal personale stesso e viene specificato (nell'apposita colonna) se l'intervento indicato è inserito in programmazione o meno.

L'allegato P7-A2 contiene la "Scheda di rilevazione" della formazione effettivamente svolta dal personale della SUA.

Il raffronto della colonna "programmazione" di questo allegato con quella dell'allegato P7-A1 consente di verificare il rispetto degli indicatori di monitoraggio (cfr. par. 6).

	GESTIONE DELLA FORMAZIONE DELLE RISORSE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P7 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	--	--

5.2 Formazione del personale degli Enti aderenti

Il personale della SUA coordina e programma degli incontri periodici con il personale degli Enti aderenti al fine di curare l'aggiornamento in materia di gare e appalti. Viene organizzato almeno un incontro nella forma del *“question time”* per ogni anno.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Miglioramento del punteggio attribuito da ANAC per la qualificazione in merito al <i>“sistema di formazione e aggiornamento del personale”</i>	Dirigente SUA	Scheda qualificazione ANAC	Ad ogni aggiornamento del sistema di qualificazione ANAC	crescente
Percentuale numero degli interventi formativi effettivamente svolti rispetto a quelli pianificati	Dirigente SUA	Programmi formativi comunicati	Annuale	> 80 %
Numero dei question time di formazione ai dipendenti degli Enti aderenti	Dirigente SUA	Verbale degli eventi	Annuale	>= 1

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di documentazione riservata al personale:

- Pianificazione della formazione
- Materiale formativo/dispense
- Elenchi presenze/elenchi firme, ove previsti
- Questionari di fine intervento formativo, ove previsti.



Data: 07/11/2025

REGISTRO FABBISOGNI FORMAZIONE

Codice P7-A1 rev. 03

Pag. 1 di 1



Data: 07/11/2025

SCHEDA RILEVAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE SVOLTE

Codice P7-A2 rev. 03

Pag. 1 di 1

	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P8 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	--	---

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolte le attività di comunicazione interna ed esterna relativa all'attività della SUA.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile unico del Progetto dell'Ente aderente/Servizio committente
- DIR Dirigente ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziaria
- NdA Non-Disclosure Agreement (accordo di non divulgazione)
- PEC Posta Elettronica Certificata

4. RESPONSABILITÀ

La SUA è responsabile per le attività di comunicazione interna ed esterna relative alle proprie attività peculiari ed a quelle riguardanti il SGQ.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 La comunicazione della SUA

La SUA svolge costantemente un'attività diretta a rendere sempre più efficace il sistema di comunicazione al proprio personale nonché verso gli Enti aderenti.

La SUA definisce opportuni metodi di comunicazione delle informazioni a seconda dei destinatari delle stesse. Le informazioni trasmesse mediante messaggistica elettronica devono essere protette in modo appropriato in relazione al rischio ad esse relativo di intercettazione, alterazione, violazione di riservatezza.

È garantito il rispetto delle disposizioni normative inerenti agli obblighi di riservatezza imposti dal Codice dei contratti in merito alle offerte o agli altri dati non divulgabili, ferma restando la disciplina dell'accesso agli atti di gara.

	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P8 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	--	--

Per le modalità di gestione e monitoraggio riguardanti comunicazioni e informazioni si rimanda alla procedura P9 che integra le disposizioni inerenti alla sicurezza delle informazioni.

5.2 La comunicazione interna

Le comunicazioni verso il personale interno avvengono mediante il sistema di posta elettronica e il servizio intranet della Provincia di Pistoia. Tramite questi canali vengono veicolate tutte le informazioni riguardanti aggiornamenti e modalità operative dei procedimenti di gara.

Quanto sopra in riferimento alle disposizioni di cui al Regolamento di funzionamento della Stazione Unica Appaltante approvato con Deliberazione Consiglio Provinciale n. 48 del 11/07/2023 che disciplina i rapporti della SUA con gli altri Servizi della Provincia stessa.

5.3 La comunicazione esterna

Le comunicazioni con gli operatori economici sono gestite nel rispetto della normativa vigente ed applicabile. Ad esse provvede il Responsabile Unico del Procedimento di gara o un altro dipendente afferente alla SUA, nel rispetto delle competenze proprie del profilo ricoperto dal singolo dipendente a cui compete lo specifico procedimento.

A tal fine vengono utilizzati canali trasmissivi adeguati alle informazioni che vengono trasferite (mail, pec, messaggistica START ecc.).

Le comunicazioni con gli Enti aderenti vengono gestite nel rispetto della normativa vigente e di quanto stabilito nelle Convenzioni che disciplinano il rapporto tra la SUA e tali Enti. Ad esse provvede il Responsabile del Procedimento o un altro dipendente afferente alla SUA, nel rispetto delle competenze proprie del profilo ricoperto dal singolo dipendente a cui compete lo specifico procedimento.

A tal fine vengono utilizzati canali trasmissivi adeguati alle informazioni che vengono trasferite (mail o pec).

Le comunicazioni con i cittadini vengono garantite mediante la pubblicazione delle informazioni sul sito istituzionale della Provincia di Pistoia, sezione appalti e bandi di gara. Si tratta di informazioni pubbliche soggette a specifici obblighi di pubblicazione secondo la normativa vigente funzionali all'attuazione della trasparenza nell'azione amministrativa. Sono relative alle procedure bandite e alle loro diverse fasi e riguardano anche le modalità e gli strumenti di funzionamento e di organizzazione della SUA, così come risultanti dall'organigramma dell'Ufficio e dalla struttura dell'Ente.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Segnalazioni al Dirigente competente	Responsabile SUA	Documenti archiviati nella cartella di riferimento della singola gara	Annuale	< 15

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è di seguito descritta:

- Comunicazioni interne
- Comunicazioni esterne

	MONITORAGGIO DELLA GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE E DEI SISTEMI INFORMATIVI ED ALTRI ASSET	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P9 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	--	--

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono monitorate le infrastrutture, i sistemi informativi ed altri asset utili alle attività della SUA.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- RUP Responsabile del Progetto
- DIR Dirigente ente aderente
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziari
- PAD Piattaforma di approvvigionamento digitale

4. RESPONSABILITÀ

Delle attività di Monitoraggio sono responsabili:

- Per accesso ai sistemi informativi, trattamento delle informazioni ed utilizzo beni materiali assegnati è responsabile l'Ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale di concerto con il Dirigente dell'area di appartenenza.
- Per accesso alla rete internet e intranet nonché agli applicativi in uso presso l'Ente, per l'utilizzo della firma digitale è responsabile l'Ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale di concerto con il Dirigente dell'area di appartenenza.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Assegnazione dei computer alla SUA

Il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale, su indicazione del DIR SUA, predisponde i computer per poterli assegnare ai dipendenti assegnati alla SUA e provvede con le necessarie abilitazioni, attivazioni ed accreditamenti.

	MONITORAGGIO DELLA GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE E DEI SISTEMI INFORMATIVI ED ALTRI ASSET	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P9 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	--	--

In caso di nuove assunzioni o malfunzionamenti dei computer attualmente in uso, il medesimo responsabile provvede con gli interventi necessari (es. riparazioni, sostituzioni ecc.).

Egli procede nel seguente modo:

- rende utilizzabile gli hardware per il personale afferente al servizio SUA
- si confronta con la DIR SUA per l'acquisto di nuovi computer.

Prima di consegnare il computer al dipendente dell'ufficio SUA, il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale crea gli account necessari per l'accesso alla rete, agli applicativi ed alla posta elettronica di servizio. L'attivazione degli account viene comunicata in busta chiusa e sigillata direttamente al dipendente interessato il giorno della presa di servizio. Per i nuovi applicativi o le nuove abilitazioni dei dipendenti già in servizio si procede mediante comunicazione personale a mezzo e-mail.

Le credenziali di accesso sono definite secondo regole standard di complessità e durata. Il cambio delle credenziali di accesso ai sw o agli applicativi condivisi, viene comunicato agli altri dipendenti afferenti alla SUA direttamente dal soggetto che provvede all'aggiornamento delle pw.

5.2 Manutenzione degli strumenti IT

Il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale è tenuto a mantenere funzionanti gli strumenti IT in dotazione al personale afferente alla SUA.

Chiunque riscontri malfunzionamenti può contattare l'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale per ripristinare il funzionamento. Nel caso di attività straordinarie di acquisto o manutenzione, il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale si confronta con la DIR SUA per concordare e mettere in atto la soluzione più opportuna.

5.3 Gestione delle informazioni

Il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale gestisce e monitora l'utilizzo degli indirizzi mail e degli spazi di archiviazione disponibili su server di proprietà della Provincia di Pistoia.

Nel caso in cui fosse necessario ampliare l'offerta di spazio o di sw a disposizione, il responsabile dell'ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale si confronta con la DIR SUA per la scelta più opportuna.

I dati sono sottoposti a backup giornaliero e replica anche su sito di *disaster recovery*. Il backup è gestito e monitorato da personale interno dell'Ufficio risorse tecnologiche e amministrazione digitale.

5.4 Manutenzione piattaforma

La PAD utilizzata dalla SUA è di proprietà ed è interamente gestita dalla Regione Toscana.

Eventuali malfunzionamenti della stessa, vengono prontamente segnalati ai competenti Uffici regionali e la SUA adotta ogni misura idonea a garantire il prosieguo dei procedimenti senza soluzione di continuità (es. sospensioni dei termini, rinvio sedute ecc.).

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Segnalazioni malfunzionamenti sw, hw e piattaforme di e-procurement	Responsabile SGQ	Verbale riepilogativo	anuale	< 30

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è di seguito descritta:

- Verbale riepilogativo annuale



MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GARA

Data di adozione del decreto di approvazione

Codice P10 rev. 03

Pag. 1di 2

Revisione	Natura della modifica		
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:	
03 Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo	

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'“Alta Direzione” nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell’Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono gestite le attività di monitoraggio interno delle operazioni di gara, di norma necessarie per rispondere a quesiti provenienti da terzi.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- D.lgs. 36/2023 s.m.i.

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- RSUA Responsabile Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- DIR SUA Dirigente del Settore Area programmazione e servizi finanziari

4. RESPONSABILITÀ

Il DIR SUA è responsabile per le attività descritte nella presente procedura per il tramite del responsabile del SGQ.

5. MODALITÀ OPERATIVE

Annualmente, entro il mese di marzo, vengono elaborati e riportati all’attenzione del Presidente e all’Alta Direzione i dati e le informazioni utili a rappresentare l’attività svolta dalla Stazione Unica Appaltante in riferimento all’annualità precedente. Tale relazione è il frutto di monitoraggi contingenti svolti durante il corso di tutto l’anno.

L’Analisi delle attività viene condotta e riassunta dal RSUA in una specifica relazione.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:



MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GARA

Data di adozione del decreto di approvazione

Codice P10 rev. 03

Pag. 2di 2

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Rispetto delle tempistiche delle gare processate rispetto alle previsioni	Responsabile SGQ	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	> 80%
Numero Gare Pubblicate	Responsabile SGQ	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	>100
Numero Gare Concluse (aggiudicate, deserte, revocate ecc.)	Responsabile SGQ	Tavola di gestione del carico P.1 – A.1	Annuale	>100

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Relazione Annuale attività della SUA



GESTIONE DEI DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Data di adozione del
decreto di approvazione

Codice P11 rev. 03

Pag. 1 di 4

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l’”Alta Direzione” nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell’Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come la Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia gestisce la documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità.

In particolare, vengono descritte le tipologie di documenti che compongono il sistema documentale atto a soddisfare i requisiti della ISO 9001:2015, le modalità di creazione, approvazione, diffusione, modifica ed eliminazione.

3 RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI
I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
 - Prescrizioni interne in fatto di gestione dei dati

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- **SUA** Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
 - **SGO** Sistema di Gestione per la Qualità

4 RESPONSABILITÀ

Il Responsabile del SGQ è responsabile della creazione, gestione, diffusione e aggiornamento della documentazione e dei dati del SGQ, al fine di assicurare che edizioni appropriate dei documenti siano disponibili laddove si svolgono attività essenziali per la qualità e che i documenti superati vengano prontamente sostituiti e archiviati in apposite cartelle per evitarne la diffusione e l'applicazione da parte degli operatori.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Tipologia di documentazione del SGO

La documentazione del SGO si compone di:

- **procedure** – documenti che descrivono la sequenza delle operazioni che trasformano uno o più input in output, con indicazione di momenti decisionali, responsabilità e documentazione di supporto, nonché il collegamento con altri processi, quindi altre procedure;
 - **istruzioni operative** – documenti che descrivono in modo approfondito i passaggi costituenti una o più fasi di processo, che necessitano di linee guida dettagliate;
 - **modulistica** – documenti che mostrano l'evidenza dello svolgimento di un'attività (ad esempio: un modello di contratto, un template da compilare, ecc.).

	<p style="text-align: center;">GESTIONE DEI DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</p>	<p style="text-align: right;">Data di adozione del decreto di approvazione</p> <p style="text-align: right;">Codice P11 rev. 03</p> <p style="text-align: right;">Pag. 2 di 4</p>
---	---	---

5.2 Formato della documentazione del SGQ

La documentazione del SGQ viene redatta in formati liberi. La redazione può avvenire da parte delle strutture organizzative coinvolte oppure direttamente da parte del Responsabile del SGQ.

In ogni caso, la documentazione del SGQ deve sempre contenere le seguenti informazioni al fine di potersi ritenere valida:

- codice
- indice di revisione
- data di emissione/revisione
 - in particolare, nel caso di registrazioni e compilazione di allegati è necessario indicare la data di ultimo aggiornamento
- firma di approvazione (digitale o cartacea).

5.3 Creazione e distribuzione della documentazione del SGQ

Nel momento in cui emerge la necessità di formalizzare un processo, di dettagliare una fase di processo o di realizzare un modulo standard, l'unità organizzativa di competenza si mette in contatto con il Responsabile del SGQ per una valutazione congiunta circa la necessità di redigere il documento.

I contenuti dello stesso devono essere proposti dalla unità organizzativa di competenza che può avvalersi del supporto del Responsabile del SGQ.

Il Responsabile del SGQ deve verificare la coerenza della documentazione redatta con i requisiti normativi dello standard, con la normativa e con le prescrizioni interne da rispettare per predisporre la versione del documento che sia idonea ad intraprendere l'*iter* approvativo.

Tale versione deve essere identificata in modo tale da garantirne la codifica secondo i seguenti criteri:

- per le procedure
 - il codice è Px rev. nn, dove
 - P indica "Procedura"
 - x indica il numero progressivo della procedura
 - seguito dall'indice di revisione (nn)
- per le istruzioni operative
 - il codice è Px-IOy rev. mm, dove
 - Px indica il numero della procedura di riferimento
 - IO indica "Istruzione Operativa"
 - y indica il numero progressivo dell'istruzione operativa
 - seguito dall'indice di revisione (mm)
- per la modulistica
 - il codice è Px-Az rev.ww oppure IOy-Az rev. ww, dove
 - Px indica il numero della procedura di riferimento (nel caso in cui l'allegato sia richiamato dalla procedura)
 - A indica "Allegato"
 - z indica il numero progressivo dell'allegato
 - IOy indica il numero dell'istruzione operativa di riferimento (nel caso in cui l'allegato sia richiamato dall'istruzione operativa)
 - seguito dall'indice di revisione (ww).

5.4 Approvazione della documentazione del SGQ

La documentazione del SGQ prevede tre passaggi autorizzativi:

- Preparazione
 - devono essere indicati nome, unità organizzativa di appartenenza, data e firma del soggetto che ha provveduto a redigere i contenuti del documento.

	GESTIONE DEI DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P11 rev. 03 Pag. 3 di 4
---	--	---

- **Verifica**
 - devono essere indicati nome, unità organizzativa di appartenenza, data e firma del soggetto che ha verificato la coerenza dei contenuti con i requisiti previsti dalla ISO 9001:2015 e con i requisiti interni ed esterni applicabili.
 - Di norma, tale step autorizzativo è di competenza del Responsabile del SGQ. Nel caso in cui egli sia il preparatore del documento, il diretto Responsabile svolgerà l'attività di verifica.
- **Approvazione**
 - devono essere indicati nome, unità organizzativa di appartenenza, data e firma del soggetto che valida il documento e lo rende effettivo a partire dalla data di approvazione stessa.
 - Di norma, tale step autorizzativo è di competenza del Presidente della Provincia.

5.5 Distribuzione della documentazione del SGQ e gestione delle modifiche

Per quanto riguarda procedure e istruzioni operative:

Una volta compiuto l'intero iter approvativo, il documento è pronto per essere diffuso secondo i principi definiti nelle prescrizioni interne di gestione dei dati. La documentazione viene resa disponibile al personale di competenza in formato elettronico in sola lettura attraverso una cartella di rete condivisa, ovvero pubblicato sul sito istituzionale della Provincia nell'apposita sezione dedicata alla ISO.

In particolare, il Responsabile del SGQ ha il dovere di rendere inaccessibile (in qualunque formato) l'eventuale documento in revisione precedente e di rendere disponibile (in qualunque formato) il documento di nuova revisione. Il Responsabile dell'unità organizzativa di competenza emittente ha il compito di diffondere al proprio interno il documento di nuova revisione attraverso comunicazione scritta. Difatti, scopo delle procedure e delle istruzioni operative è quello di essere consultate durante lo svolgimento delle proprie attività lavorative e di constatarne, di volta in volta, l'aderenza con le effettive modalità operative applicate.

Il Responsabile del SGQ ha il compito di archiviare gli originali cartacei o informatici dei documenti del SGQ con le firme di preparazione, verifica e approvazione. In caso di annullamento e/o revisione, il Responsabile del SGQ ha il dovere di apporre la dicitura "Annullato" sul documento originale e di archiviarlo in modo che sia ben distinguibile da quelli contenenti la documentazione valida. I destinatari dei documenti del SGQ sono responsabili della distruzione di eventuali copie cartacee superate in loro possesso.

Per quanto riguarda la modulistica:

Una volta compiuto l'intero iter approvativo, il documento è pronto per essere diffuso secondo i principi definiti nelle prescrizioni interne di gestione dei dati. La documentazione viene resa disponibile al personale di competenza nel formato ritenuto più consono al suo utilizzo.

La modulistica deve essere strutturata in modo da accogliere la compilazione da parte dell'operatore. Difatti, deve contenere appositi spazi per evidenziare la data di compilazione e la firma/nome/sigla del compilatore.

L'utilizzo della modulistica deve prevedere una compilazione leggibile e completa. Le voci che non devono essere compilate, devono essere barrate, al fine di dimostrare la completezza del documento. Al termine della compilazione, il compilatore deve apporre data e firma/nome/sigla.

La raccolta e l'archiviazione della modulistica è in capo al compilatore, a meno che non sia previsto diversamente dalla relativa procedura o istruzione operativa di riferimento. L'archiviazione deve essere fatta in modo tale da garantire una veloce e facile rintracciabilità.

Se non definito diversamente nella relativa procedura o istruzione operativa di riferimento, il tempo di conservazione risulta essere di almeno 5 anni.

Il Responsabile del SGQ ha il dovere di tenere aggiornato l'apposito "Elenco dei documenti del SGQ" ogni qualvolta avvengano modifiche all'impianto documentale.

Le modifiche alle procedure e alle istruzioni operative devono rendere possibile l'identificazione veloce e chiara di cosa è stato modificato. Per quanto riguarda la modulistica, si ritiene opportuno che il format sia chiaro e pulito per la compilazione. Risulta sufficiente indicare, come previsto, indice e data di revisione.

	GESTIONE DEI DOCUMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P11 rev. 03 Pag. 4 di 4
---	--	---

Per quanto riguarda procedure e istruzioni operative, le parti cancellate vengono barrate (**esempio**), mentre le aggiunte vengono evidenziate in **grassetto**.

Si lascia piena libertà al redattore del documento di verificare la leggibilità grafica del documento finale. Nel caso in cui fosse necessario, è consentito ripetere paragrafi o frasi invece di creare confusione tra testo barrato e testo in grassetto.

5.6 Documenti di origine esterna

Il Responsabile del SGQ ha il dovere di coordinare le attività che riguardano il reperimento, l'archiviazione, la diffusione e la distruzione di documentazione di origine esterna che ha impatti sull'attività del SGQ.

Esempi di documenti di origine esterna sono: leggi, direttive comunitarie, norme, regolamenti ecc.

Tale documentazione è sotto la diretta responsabilità dell'unità organizzativa di competenza.

Il Responsabile del SGQ mantiene aggiornato un apposito "Elenco dei documenti di origine esterna" che riporta:

- Denominazione del documento, inteso come qualsiasi dicitura in grado di identificare in modo univoco il documento stesso
- Unità organizzativa di competenza responsabile, in termini di reperimento, archiviazione, diffusione e distruzione in caso di invalidità
- Luogo di archiviazione e formato (elettronico o cartaceo).

La documentazione di origine esterna può entrare a far parte dell'impianto documentale del SGQ solo se visionata e controllata dall'unità organizzativa di competenza responsabile. Qualsiasi nuova introduzione o revisione deve essere prontamente comunicata al Responsabile del SGQ che provvede ad aggiornare l'elenco dedicato.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
% di documenti errati o incompleti rispetto al totale di documenti emessi o revisionati	Responsabile del SGQ	Elenco dei documenti del SGQ	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
Numero di NC interne e/o esterne relative alla gestione documentale	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è descritta nella seguente tabella.

Codice	Titolo	Compilazione	Archiviazione	Tempo di conservazione
P11-A1	Elenco dei documenti del SGQ	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni
P11-A2	Elenco dei documenti di origine esterna	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni



ELENCO DEI DOCUMENTI DEL SGQ

P11-A1 rev03
Data revisione: 07/11/2025

Codice	Titolo	Indice di revisione	Data di revisione
Procedure			
P1	Attività preliminari all'indizione di gara	03	07/11/2025
P2	Selezione dei concorrenti	03	07/11/2025
P3	Valutazione delle offerte	03	07/11/2025
P4	Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	03	07/11/2025
P5	Gestione del contenzioso	03	07/11/2025
P6	Pianificazione delle attività	03	07/11/2025
P7	Gestione della formazione delle risorse	03	07/11/2025
P8	Gestione della comunicazione interna ed esterna	03	07/11/2025
P9	Gestione delle infrastruttura, dei sistemi informativi ed altri asset	03	07/11/2025
P10	Monitoraggio delle attività di gara	03	07/11/2025
P11	Gestione dei documenti del SGQ	03	07/11/2025
P12	Gestione degli audit interni	03	07/11/2025
P13	Gestione delle NC e delle AC	03	07/11/2025
P14	Monitoraggio della soddisfazione del committente	03	07/11/2025
P15	Gestione del Riesame di Direzione	03	07/11/2025
Allegati/Modulistica			
P1-A1	Tavola di gestione del carico	03	07/11/2025
P7-A1	Registro fabbisogni formazione	03	07/11/2025
P7-A2	Scheda rilevazione attività formative svolte	03	07/11/2025
P11-A1	Elenco dei documenti del SGQ	03	07/11/2025
P11-A2	Elenco dei documenti di origine esterna	03	07/11/2025
P12-A1	Programma annuale degli audit	03	07/11/2025
P12-A2	Checklist per audit interni	03	07/11/2025
P12-A3	Rapporto di audit	03	07/11/2025
P12-A4	Scheda qualificazione Auditor interni	03	07/11/2025
P13-A1	Registro delle segnalazioni	03	07/11/2025
P14-A1	Modello Customer satisfaction	03	07/11/2025
Altra documentazione			
n.a.	Manuale della qualità	03	07/11/2025



ELENCO DEI DOCUMENTI DI ORIGINE ESTERNA

P11-A2 rev02
Data revisione 07/11/2025

Denominazione	Soggetto responsabile	Luogo di archiviazione	Formato (E/C)
ISO 9001:2015	Responsabile SGQ	Armadio blindato	C
ISO 19011:2018	Responsabile SGQ	Armadio blindato	C
D.lgs. 36/2023	Responsabile SUA	Directory SUA	E
Codice Processo Amministrativo D.lgs.104/2010	Responsabile SUA	Directory SUA	E
DPCM 30.06.2011 (art. 4)	Responsabile SUA	Directory SUA	E
GDPR	Responsabile SGQ	Directory SUA	E
Sito istituzionale di ANAC	Responsabile SGQ	On line	E
Modello convenzioni	Responsabile SGQ	Directory SUA	E
Dlgs 209/2024	Responsabile SUA	Directory SUA	E

	GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P12 rev. 03 Pag. 1 di 4
---	-------------------------------------	---

Revisione	Natura della modifica		
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02		
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:	
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo	

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono svolti gli audit interni relativamente alle attività della Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia nell'ambito del proprio Sistema di Gestione per la Qualità e soddisfare interamente i requisiti della normativa ISO 9001:2015.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015
- ISO 19011:2018

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- NC Non Conformità
- AC Azioni Correttive

4. RESPONSABILITÀ

Il Responsabile del SGQ è responsabile della programmazione, pianificazione, svolgimento e rendicontazione degli audit interni.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Programmazione degli audit interni

Il Responsabile del SGQ deve programmare a inizio anno le attività di audit interno. Queste, devono essere svolte almeno una volta ogni anno su tutti i processi oggetto del SGQ. Nel caso in cui venga deciso di escludere alcuni processi dal ciclo di audit, il Responsabile del SGQ deve darne motivazione scritta nel documento del Riesame di Direzione, nel paragrafo dedicato agli audit interni. I motivi che possono far escludere un processo dall'attività di audit interno possono essere:

- Assenza di criticità rilevanti negli ultimi cicli di audit
- Condizioni particolari dell'ente organizzativo di interesse, come riorganizzazioni avvenute di recente, cambiamenti di responsabilità, ecc.
- Impossibilità di svolgimento dell'audit a causa di carenza di risorse
- Altro.

	GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P12 rev. 03 Pag. 2 di 4
---	-------------------------------------	---

Allo stesso modo, è possibile che un processo caratterizzato da forti e continue criticità possa essere oggetto di audit più di una volta nello stesso anno.

La programmazione prevede l'individuazione degli audit che si andranno a svolgere durante l'anno: la programmazione può non prevedere l'identificazione della data esatta, che viene fissata nella successiva fase di pianificazione. La programmazione viene registrata nell'apposito "Programma annuale degli audit".

5.2 Pianificazione degli audit interni

Il Responsabile del SGQ avvisa in forma scritta l'ente organizzativo di interesse un mese prima della data prevista per l'audit interno sui processi di competenza.

Due settimane prima dell'audit, il Responsabile del SGQ avvisa in forma scritta lo stesso ente indicando:

- Scopo dell'audit interno
- Data, ora e luogo dell'audit
- Composizione del gruppo di audit
 - Laddove possibile, è opportuno che l'audit venga condotto da almeno due auditor.
- Processi soggetti a verifica
- Eventuali particolarità (es. necessità di anticipare della documentazione, tipologia di audit ad esempio in remoto).

5.3 Svolgimento degli audit interni

Il giorno dell'audit, il Responsabile del SGQ si riunisce con il gruppo di audit per definire e coordinare:

- Le aree sottoposte a audit
- I documenti di riferimento, come norme e procedure da auditare
- Le checklist di supporto, se presenti ("Checklist per audit interno")
- La programmazione temporale delle attività
- Altre indicazioni ritenute opportune.

Gli auditor facenti parte del gruppo di audit assegnati ad un determinato ente si recano nel luogo prefissato e illustrano alle persone oggetto di audit lo scopo dell'attività e le modalità di svolgimento dell'audit stesso.

Le fasi dell'audit si svolgono prendendo a riferimento le procedure e le eventuali checklist predisposte. Queste costituiscono un promemoria per il gruppo di audit, entrano a far parte della documentazione di sistema come registrazioni, ma non limitano l'estensione dell'audit, che può variare a discrezione degli auditor.

L'audit consiste nel riscontrare l'evidenza oggettiva del rispetto delle regole contenute nelle procedure e nelle istruzioni operative di riferimento. Gli auditor devono documentare e circostanziare le evidenze e le risultanze raccolte in dettaglio.

5.4 Rendicontazione degli audit interni

Terminate le attività di audit, il gruppo di audit si riunisce e discute dei punti emersi e della loro classificazione. Tali risultati vengono formalizzati nel "Rapporto di audit" e vengono presentati agli operatori delle attività verificate al fine di commentare insieme le opportunità di miglioramento e di trasferire correttamente quanto rilevato. Nel caso in cui vengano rilevate delle NC, vengono concordate anche le eventuali AC necessarie.

Oltre alle NC, possono essere individuate:

- OS – osservazioni, quindi mancanze non critiche a livello di processo;
- SG – suggerimenti, quindi spunti di miglioramento;

Il "Rapporto di audit" contiene:

- Numero identificativo del rapporto (nn/aaaa, dove nn è un numero progressivo e aaaa è l'anno di svolgimento dell'audit)
- Ufficio oggetto di audit
- Responsabili dell'ufficio auditato

	GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P12 rev. 03 Pag. 3 di 4
---	-------------------------------------	---

- Altre eventuali persone contattate
- Composizione del gruppo di verifica
- Scopo della verifica
- Documenti di riferimento
- Risultato complessivo della verifica
- Raccolta dei rilievi, classificazione (NC, OS, SG), responsabile dell’attuazione, scadenza dell’attuazione. e viene firmato dall’auditor e dal Responsabile dell’attività verificata.

Una copia del “Rapporto di audit” viene consegnata al Responsabile dell’attività verificata e l’originale viene fatto pervenire al Responsabile del SGQ che ne prende visione.

Il Responsabile del SGQ aggiorna, a questo punto, il “Programma annuale degli audit” indicando l’avvenuto svolgimento dell’audit programmato e programmando eventuali audit supplementari.

Nel caso in cui il “Rapporto di audit” presenti azioni in carico ad un responsabile, che devono essere verificata alla scadenza da parte del Responsabile del SGQ, quest’ultimo deve verificare lo svolgimento di tale attività e l’efficacia dell’azione introdotta.

Nel caso in cui la verifica risulti insoddisfacente, il Responsabile del SGQ deve aprire una segnalazione del “Registro delle segnalazioni” come indicato nella procedura “Gestione delle NC e delle AC”.

5.5 Qualifica degli auditor interni

Per poter condurre gli audit interni sul SGQ occorre mantenere la qualifica, che viene valutata di anno in anno dal Responsabile del SGQ.

Oltre alla formazione teorica, da ripetersi ogni qualvolta cambi lo standard di riferimento per la gestione degli audit, si ottiene e mantiene la qualifica di auditor interno attraverso la formazione applicativa, intesa come affiancamento ad auditor esperti durante attività di audit.

Nel “Programma annuale degli audit”, nella colonna “Auditor”, vengono inseriti i nominativi delle persone che hanno condotto o co-condotto con altri auditor la verifica.

Si ritiene mantenuta la qualifica di auditor interno nel caso in cui il soggetto abbia condotto almeno due audit nel corso dell’ultimo anno.

Nel caso in cui non vengano soddisfatti i requisiti del mantenimento, la persona non può prendere parte attiva nella conduzione degli audit per l’anno corrente.

I requisiti vengono valutati nel corso dell’anno successivo dal Responsabile del SGQ. Per il Responsabile del SGQ, i requisiti vengono valutati dal direttivo Responsabile.

Se si ritiene necessario, il Responsabile del SGQ può essere supportato da personale esterno per la conduzione degli audit interni. Il personale esterno sarà responsabile della raccolta delle evidenze durante l’audit e della formalizzazione delle derivanti risultanze nel rapporto di audit dedicato.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
% di rispetto del programma annuale delle verifiche interne	Responsabile del SGQ	Programma annuale degli audit	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
% di audit senza non conformità	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione

	GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P12 rev. 03 Pag. 4 di 4
---	-------------------------------------	---

% di non conformità/segnalazioni chiuse positivamente sul totale delle non conformità/segnalazioni	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
% di non conformità/segnalazioni risolte entro i tempi pianificati	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è descritta nella seguente tabella.

Codice	Titolo	Compilazione	Archiviazione	Tempo di conservazione
P12-A1	Programma annuale degli audit	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni
P12-A2	Checklist per audit interno	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni
P12-A3	Rapporto di audit	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni
P12-A4	Scheda qualifica auditor interni	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni



PROGRAMMA ANNUALE DEGLI AUDIT INTERNI

P12-A1 rev03
Data revisione **07/11/2025**

ANNO:			Mesi											
Ufficio - Reparto	Processi di competenza	Auditor	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
NOTE:														
LEGENDA:							Data:							
<p>P = Pianificata OK = Eseguita con successo. KO = Eseguita, ma riscontrate non conformità.</p>							Firma:							



CHECKLIST PER AUDIT INTERNO

P12-A2 rev03
Data revisione **07/11/2025**

UFFICIO:

da indicare

PROCEDURE DA VERIFICARE:

da indicare

N.	ASPETTO DA VERIFICARE	RISULTANZE E NOTE/COMMENTI
1	Come è organizzata la vostra Area (numero di risorse e recenti variazioni se accadute)?	
2	Quali sono le vostre principali attività (breve elenco e descrizione)?	
3	Quali sono le procedure ISO 9001 che impattano sulla vostra attività?	
4	Mostrare un caso/esempio arrivato a conclusione e prenderne gli "estremi" (es. date di documenti e/o mail, numeri di gara, nomi/iniziali del fornitore coinvolto, ecc.)?	
5	Quali sono i principali rischi legati alle vostre attività?	
6	Avete riscontrato disservizi, reclami (interni/esterni), segnalazioni relative alla qualità del vostro processo?	
7	Quali progetti di miglioramento avete in mente per il prossimo anno?	
8		
DATA:		FIRMA:



RAPPORTO DI AUDIT

P12-A3 rev03
Data revisione 07/11/2025

Rapporto Audit N.:	Data Verifica:						
Ufficio verificato:							
Responsabili Ufficio:							
Altre persone contattate:							
Gruppo di verifica:							
Scopo della Verifica:							
Documenti di Riferimento:							
RISULTATI DELLA VERIFICA							
<input type="checkbox"/> Insoddisfacente (varie non conformità)		<input type="checkbox"/> Non ancora soddisfacente (max 3 non conformità)		<input type="checkbox"/> Quasi soddisfacente (solo osservazioni)		<input type="checkbox"/> Soddisfacente	
CONCLUSIONI / RACCOMANDAZIONI							
Descrizione dei rilievi, delle non conformità, delle osservazioni o dei suggerimenti	NC OS SG	Responsabile attuazione		Scadenza	Verifica RQ		
DATA:	RESPONSABILE AUDIT:			RESPONSABILE ATTIVITÀ VERIFICATA:			

NC = Non Conformità, OS = Osservazione, SG = Suggerimento

	SCHEDA QUALIFICA AUDITOR INTERNI	Data: 07/11/2025 Codice P12-A4 rev. 03 Pag. 1 di 1
---	---	--

Nome e cognome	Anno di ingresso	Livello di auditor (autonomo / non autonomo)	Formazione	Conoscenza delle normative (sì/no/in corso)	Conoscenza documentazione di sistema (sì/no/in corso)	Affiancamento (per auditor non autonomi)	Audit svolti nell'anno precedente (per auditor autonomi)

N.B.: COMPILARE TUTTI I CAMPI

Anno di ingresso = richiesta esperienza lavorativa in azienda di **almeno 3 anni**

Livello di auditor = autonomo / non autonomo (può svolgere audit solo in affiancamento ad un auditor autonomo)

Formazione = richiesta partecipazione ad un corso specifico sulle attività e i principi di audit (rif. corso di formazione esterno o interno) **negli ultimi 18 mesi**

Conoscenza delle normative = richiesta conoscenza della normativa applicata (rif. corsi di formazione ad hoc, autodichiarazione, ecc.)

Conoscenza documentazione di sistema = richiesta conoscenza delle procedure interne relative al Sistema di Gestione (rif. corsi di formazione interni/ comunicazione interna ad hoc, autodichiarazione, ecc.)

Affiancamento = richiesta partecipazione ad audit in affiancamento ad auditor autonomi (indicare audit a cui si è partecipato) **nell'anno precedente**

Audit svolti nell'anno precedente = richiesta conduzione di almeno 2 audit in autonomia **nell'anno precedente**.

L'auditor autonomo soddisfa i criteri relativi a: Anno di ingresso, formazione, conoscenza delle normative, conoscenza documentazione di sistema e audit svolti nell'anno precedente.

Se non sono soddisfatti **tutti** i criteri, l'auditor assume la qualifica di "non autonomo".

L'auditor autonomo perde la citata qualifica nel caso in cui i criteri non siano soddisfatti **per 2 anni consecutivi**. Il RSG può valutare casi di particolare complessità motivando la scelta di mantenere la qualifica di auditor autonomo in assenza dei requisiti.

	GESTIONE DELLE NC E DELLE AC	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P13 rev. 03 Pag. 1 di 3
---	-------------------------------------	---

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come vengono gestite le segnalazioni, incluse le Non Conformità, e le Azioni Correttive derivanti dal, e che hanno impatto sul, Sistema di Gestione per la Qualità.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- NC Non Conformità
- AC Azioni Correttive

Con il termine segnalazione si intendono semplici osservazioni, suggerimenti o NC.

In particolare, una segnalazione può riguardare:

- Un servizio erogato in modo difforme rispetto a quanto previsto dalla documentazione di riferimento (come requisiti di legge applicabili, procedure e istruzioni operative, contratti, capitolati, programmi, frequenze, ecc.)
- Atti o fatti che impediscono, o che potrebbero impedire, di erogare il servizio come previsto (come mancanza di istruzioni operative, modulistica errata o incompleta, attrezzature/sistemi informativi non funzionanti, errata comunicazione, ecc.)
- Problemi o criticità di natura organizzativa in genere e/o rilevante nella pianificazione ed esecuzione delle attività.

4. RESPONSABILITÀ

Il Responsabile del SGQ è responsabile della gestione delle segnalazioni, provenienti dall'interno e dall'esterno del perimetro organizzativo, a partire dalla ricezione fino ad arrivare al completamento della relativa AC definita.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Identificazione delle segnalazioni

Le segnalazioni possono essere individuate internamente oppure essere segnalate da un ente esterno attraverso una segnalazione diretta. Chiunque individui o riceva da un utente una qualsiasi segnalazione deve informarne il Responsabile del SGQ che provvederà a compilare la parte 1 del "Registro delle segnalazioni".

	GESTIONE DELLE NC E DELLE AC	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P13 rev. 03 Pag. 2 di 3
---	-------------------------------------	---

La parte 1 prevede l'indicazione di:

- numero identificativo della segnalazione, identificato come NN/AAAA, dove NN è il numero progressivo e AAAA l'anno di rilevazione
- data di rilevazione
- indicazione riassuntiva del contenuto della segnalazione
- assegnazione per competenza, da parte del Responsabile del SGQ

Il “Registro delle segnalazioni” può essere popolato anche in seguito all’esito negativo della verifica dell’efficacia delle azioni definite durante gli audit interni.

5.2 Gestione della segnalazione

Una volta identificato l’assegnatario per competenza, il Responsabile del SGQ ha il dovere di coordinare le attività dell’assegnatario che deve identificare la migliore AC applicabile. L’assegnatario è chiamato a svolgere, in formato libero, un’analisi causa-effetto al fine di dimostrare di essere in condizioni di impattare direttamente sulla causa radice del problema. Tale analisi viene condivisa dall’assegnatario con il Responsabile del SGQ.

Il Responsabile del SGQ compila la parte 2 del “Registro delle segnalazioni” con un sunto del trattamento risolutivo.

5.3 Implementazione dell’AC e verifica

L’assegnatario implementa l’AC identificata e condivisa con il Responsabile del SGQ.

Il Responsabile del SGQ, trascorso un tempo ritenuto congruo per l’attuazione dell’AC, verifica l’efficacia del trattamento introdotto.

Nel caso in cui risulti positivo, nella parte 3 del “Registro delle segnalazioni” viene indicata la data di verifica e l’avvenuta risoluzione del problema.

Nel caso in cui risulti negativo, nella parte 3 del “Registro delle segnalazioni” viene indicata la data di verifica, la mancata risoluzione del problema e la data entro cui l’assegnatario è chiamato a proporre una nuova AC da intraprendere.

È possibile rinviare la risoluzione della NC una sola volta, compiendo quindi due verifiche.

Nel caso in cui anche la seconda verifica risulti non soddisfacente, si presuppone che l’identificazione della causa o della mancanza di conformità non siano corretti. Il Responsabile del SGQ chiude la NC d’ufficio, compilando la parte 4 del “Registro delle segnalazioni”, e la riapre con un nuovo numero identificativo e l’obbligo di svolgere in modo documentato l’analisi causa-effetto con l’assegnatario.

Si ripete quindi il processo a partire da quanto descritto nel punto 4.2 della presente procedura.

Le risultanze della gestione delle NC e delle AC viene presentata dal Responsabile del SGQ durante il Riesame di Direzione.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Numero di segnalazioni rilevate	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
% di AC chiuse positivamente	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
% di AC non risolutive	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione



GESTIONE DELLE NC E DELLE AC

Data di adozione del decreto di approvazione

Codice P13 rev. 03

Pag. 3 di 3

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La modalità di gestione delle registrazioni citate nella presente procedura è descritta nella seguente tabella.

Codice	Titolo	Compilazione	Archiviazione	Tempo di conservazione
P13-A1	Registro delle segnalazioni	Responsabile del SGQ	Responsabile del SGQ	2 anni



Data: 07/11/2025

REGISTRO DELLE SEGNALAZIONI

Codice P13-A1 rev. 03

Pag. 1 di 1

	MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEL COMMITTENTE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P14 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	---	--

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere come viene monitorato il livello di soddisfazione del committente della Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia.

Per committente si intende chiunque si rivolga a SUA per il soddisfacimento di un bisogno che richiede l'attivazione dei processi in capo a SUA. Quindi, sono presenti committenti interni al perimetro organizzativo (ad esempio, altri uffici e servizi della Provincia di Pistoia) e committenti esterni al perimetro organizzativo (ad esempio, enti terzi che si rivolgono alla SUA per la gestione delle procedure di gara).

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- AC Azioni Correttive

4. RESPONSABILITÀ

Il Responsabile del SGQ è responsabile del monitoraggio e della rendicontazione del livello di soddisfazione del committente.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Rilevazione del livello di soddisfazione del committente interno al perimetro organizzativo

Periodicamente, almeno una volta all'anno, il Responsabile del SGQ rileva il livello di soddisfazione del committente interno al perimetro organizzativo applicando il seguente metodo:

- Incontri e interviste dirette con gli altri enti organizzativi i cui risultati vengono riportati in un verbale da parte del Responsabile del SGQ, oppure inviando il modello di customer satisfaction di cui all'allegato P.14 - A1.

5.2 Rilevazione del livello di soddisfazione del committente esterno al perimetro organizzativo

Periodicamente, almeno una volta all'anno, il Responsabile del SGQ rileva il livello di soddisfazione del committente esterno al perimetro organizzativo applicando il seguente metodo:

- Incontri e interviste dirette con gli enti esterni i cui risultati vengono riportati in un verbale da parte del Responsabile del SGQ o della persona che svolge direttamente l'intervista in quanto avente il contatto diretto con l'ente esterno, oppure inviando il modello di customer satisfaction di cui all'allegato P.14 - A1.

	MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEL COMMITTENTE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P14 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	---	--

5.3 Rendicontazione dei risultati

Il Responsabile del SGQ raccoglie e archivia le informazioni derivanti dalle rilevazioni e le analizza in modo da ottenere le opportune risultanze statistiche.

I dati raccolti vengono discussi durante il Riesame di Direzione, o in caso di necessità e gravi criticità, durante incontri ad hoc con la Direzione.

La discussione porta alla definizione di AC da intraprendere al fine di colmare gap in termini di soddisfazione e migliorare la performance percepita delle attività svolte.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
Numero di incontri, interviste e raccolta questionari dei committenti interni ed esterni	Responsabile del SGQ	Raccolta informazioni incontri con committenti interni ed esterni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione
Numero di AC identificate legate alla soddisfazione del committente	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Raccolta dati e informazioni derivanti da incontri con committenti interni ed esterni, la cui archiviazione è responsabilità del Responsabile del SGQ.



**Questionario sui servizi della Stazione Unica Appaltante
Provincia di Pistoia
Anno 20__**

1. Dati del Referente

Ente locale di riferimento _____

Ruolo ricoperto nell'Ente di appartenenza:

Segretario Dirigente RUP Funzionario Altro

2. Livello di gradimento delle attività svolte dalla SUA

A) Indicare il gradimento rispetto l'attività complessivamente svolta dalla SUA

	Non so	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Distinto	Ottimo
Competenza	<input type="checkbox"/>						
Professionalità	<input type="checkbox"/>						
Disponibilità	<input type="checkbox"/>						
Collaborazione	<input type="checkbox"/>						
Efficienza del personale	<input type="checkbox"/>						
Propositorietà	<input type="checkbox"/>						
Supporto giuridico	<input type="checkbox"/>						

B) Indicare il gradimento rispetto alla tempistica dell'attività svolta dalla SUA

	Non so	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Distinto	Ottimo
Tempistica							
di indizione procedure di gara	<input type="checkbox"/>						
Tempistica							
nella fase di verifica							
dei requisiti di partecipazione	<input type="checkbox"/>						

3. Livello di soddisfazione dei servizi della SUA nelle fasi di gara

Di seguito sono indicate varie fasi in cui si esplica l'Attività della SUA. Si chiede di indicare il livello di gradimento

FASE 1: stipula delle convenzioni con gli Enti richiedenti e attività di assistenza tecnico/amministrativa generale;

Non so Insufficiente Scarso Sufficiente Buono Distinto Ottimo

Suggerimenti _____

FASE 2: rilevazione del fabbisogno per la programmazione delle gare;



MODELLO CUSTOMER SATISFACTION

Data: 07/11/2025

Codice P14-A1 rev. 03

Pag. 2 di 2

Non so Insufficiente Scarso Sufficiente Buono Distinto Ottimo

Suggerimenti _____

FASE 3: redazione degli atti di gara;

Non so Insufficiente Scarso Sufficiente Buono Distinto Ottimo

Suggerimenti _____

FASE 4: celebrazione della gara;

Non so Insufficiente Scarso Sufficiente Buono Distinto Ottimo

Suggerimenti _____

FASE 5: verifica dei requisiti degli operatori economici;

Non so Insufficiente Scarso Sufficiente Buono Distinto Ottimo

Suggerimenti _____

4. Qualità dei servizi

Economicità

Rispetto alle gare gestite in autonomia nell'Ente di appartenenza nello stesso settore, i ribassi di asta conseguiti nelle gare espletate tramite la SUA sono stati in media:

Non so Inferiori
(con minori risparmi per l'Ente) Uguali Superiori
(con maggiori risparmi per l'Ente)

Equità e accessibilità

Rispetto alle gare gestite in autonomia nell'Ente di appartenenza nello stesso settore, la rotazione effettiva degli affidatari delle commesse nelle gare espletate tramite la SUA è stata in media:

Non so Inferiori
(con affidamenti degli stessi servizi
o tipologia di lavori allo stesso Operatore) Uguali Superiori
(con affidamenti degli stessi servizi
o tipologia di lavori a distinti Operatori)

Luogo e data di compilazione

Firma

	GESTIONE DEL RIESAME DI DIREZIONE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P15 rev. 03 Pag. 1 di 2
---	--	---

Revisione	Natura della modifica	
03	Individuazione "Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02	
Documento Preparato da:	Verificato da:	Approvato da:
Data e Firma: 07/11/2025	Data della firma digitale: Dirigente sostituto SUA Marco Ciancaglini	Data e Firma: Data di adozione D.P. di approvazione Presidente Luca Marmo

1. MOTIVO DELLA REVISIONE

La presente revisione discende dalla necessità di individuare l'"Alta Direzione" nella figura del Direttore Generale (o in assenza Segretario Generale) in quanto titolare della competenza gestionale dell'Ente, nonché di introdurre le altre modifiche resesi necessarie per meri refusi riscontrati nella precedente Rev.02.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere le attività relative al Riesame di Direzione.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E TERMINI

I riferimenti normativi applicabili nello svolgimento delle attività descritte nella presente procedura sono:

- ISO 9001:2015

Nella presente procedura sono utilizzati i seguenti termini:

- SUA Stazione Unica Appaltante della Provincia di Pistoia
- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- NC Non Conformità
- AC Azioni Correttive

4. RESPONSABILITÀ

Il Responsabile del SGQ è responsabile della pianificazione del Riesame di Direzione, della predisposizione della documentazione necessaria e della partecipazione alla riunione, con successiva rendicontazione.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Programmazione del Riesame di Direzione

Il Responsabile del SGQ deve convocare, almeno una volta ogni anno, il Riesame di Direzione e il relativo ordine del giorno, momento nel quale la Direzione stessa verifica lo stato del SGQ.

In questa occasione, la Direzione valuta idoneità, adeguatezza ed efficacia del SGQ e considera la necessità di prendere azioni correttive o migliorative al riguardo.

Alle riunioni possono partecipare altri dipendenti, se la loro presenza è ritenuta utile per esaminare particolari aspetti operativi e gestionali.

5.2 Input al Riesame di Direzione

Il Responsabile del SGQ ha il compito di predisporre la documentazione di input che verrà discussa durante il Riesame di Direzione. Tale documento è "Documento di input al Riesame di Direzione" e deve trattare i seguenti temi:

- lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione
- i cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità

	GESTIONE DEL RIESAME DI DIREZIONE	Data di adozione del decreto di approvazione Codice P15 rev. 03 Pag. 2 di 2
---	--	---

- le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema di gestione per la qualità, compresi gli andamenti relativi:
 - alla soddisfazione del committente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti
 - alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti
 - alle prestazioni di processo e alla conformità di prodotti e servizi
 - alle non conformità e alle azioni correttive
 - ai risultati del monitoraggio e della misurazione
 - ai risultati di audit
 - alle prestazioni dei fornitori esterni
- l'adeguatezza delle risorse
- l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- le opportunità di miglioramento.

5.3 Output del Riesame di Direzione

La discussione degli input durante il Riesame di Direzione deve far emergere decisioni e considerazioni sui seguenti temi:

- opportunità di miglioramento
- ogni esigenza di modifica al sistema di gestione per la qualità
- risorse necessarie.

Tali output vengono riassunti dal Responsabile del SGQ nel documento “Verbale del Riesame di Direzione”.

Il Responsabile del SGQ deve gestire e coordinare le azioni correttive necessarie per soddisfare gli obiettivi direzionali emersi in fase di Riesame.

6. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

Il monitoraggio del processo avviene secondo il seguente schema:

Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso
% di obiettivi realizzati rispetto a quelli definiti (tutti gli indicatori di processo di tutti i processi)	Responsabile del SGQ	Verbale del Riesame di Direzione	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione

7. REGISTRAZIONI ED ARCHIVIAZIONE

La presente procedura prevede l'emissione di:

- Documento di input al Riesame di Direzione
- Verbale del Riesame di Direzione.

ULTIMO AGGIORNAMENTO: 24/10/2023	ANALISI DEL CONTESTO					ANALISI DELLE PARTI INTERESSATE	
	FATTORI DI CONTESTO E PARTI INTERESSATE	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA	OPPORTUNITÀ	MINACCE	BISOGNI E ASPETTATIVE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
INTERNI							
DIPENDENTI	La SUA opera un incoraggiamento continuo e realizza processi periodici di formazione in materia di appalti pubblici e, comunque, su tematiche rilevanti per le attività svolte.	Non sempre esiste un livello adeguato di standardizzazione delle attività.	Possibilità di miglioramento e crescita professionale anche attraverso l'attività diretta al conseguimento della certificazione ISO 9001	Sovraccarico di lavoro	Sulle attività più importanti occorre rivedere l'iter al fine evitare ricicli operativi	Semplificazione dei processi, standardizzazione, condivisione strumenti e obiettivi tra le parti. Standardizzazione degli strumenti	
SERVIZI OFFERTI	Svolgimento delle procedure di gara di competenza della SUA attraverso l'impiego di personale altamente specializzato ed esperto.	Introduzione di un sistema di programmazione	Realizzazione delle procedure in tempi standard, con variabilità contenuta	Rapidi mutamenti normativi	Standardizzazione e riduzione dei tempi	Semplificazione dei processi	
ENTI ADERENTI	Conoscenza del contesto e del territorio	Il rapporto tra gli altri uffici della Provincia e la SUA può generare delle lungaggini di tempi	Creazione di un sistema a "rete" e di condivisione degli obiettivi	Uniformità di comportamenti	Maggior comunicazione e utilizzo degli strumenti	Riduzione delle integrazioni e supporto per un maggior rispetto della programmazione	
PAD	Velocizzazione procedure di gara e sicurezza	Possibili rallentamenti della procedura a seguito di malfunzionamenti del Sistema	Iter completamente digitale, controllato e "trasparente" dalla Regione Toscana	Apertura ad attacchi cyber	Gestione integrata delle procedure dell'ufficio sulla piattaforma	Definizione dei workflow operativi e relative configurazioni del sistema	
ESTERNI							
OPERATORI ECONOMICI	Per il livello di gare svolte, gli operatori sono soggetti economici qualificati (sia organizzativo che economico)	A volte non comprensione del sistema di funzionamento della piattaforma (con aggravio del tempo dedicato all'assistenza)	Sono soggetti interessati dalla procedura	Elevato livello di conflittualità tra operatori	Maggior assistenza sul portale	Rafforzare l'help desk	
FORNITORI	Soggetti selezionati a seguito di procedure nel rispetto dei principi di legge	Turn over dei fornitori per indicazioni di legge	Affidamento qualificati ed altamenti specializzati	Acquisizione di know how specifici della pubblica amministrazione che potrebbero creare posizioni di privilegio rispetto alla concorrenza	Costruzione di ottimi livelli di interazione tra le parti per un'efficiente realizzazione dell'attività	Monitoraggio continuativo dell'esecuzione del contratto rispetto agli obiettivi previsti	
ORGANI DI INDIRIZZO E CONTROLLO (*)	Strumento di garanzia del rispetto delle regole	Eventuale rallentamento delle attività della SUA per soddisfare richieste urgenti da parte degli Enti aderenti	Presenza di standard relativi a legittimità e qualità	Appesantimento procedurale in vista di controlli per evitare sanzioni	Coerenza e univocità tra di diversi soggetti	Individuazione di soluzioni operative uniformi	

n.b. LA CLASSIFICAZIONE IN INTERNI O ESTERNI È RIFERITA ALL'ORGANIZZAZIONE e non al processo

(*) ci si riferisce al controllo esercitato sull'attività della SUA e quindi ad es. : all'ANAC, agli organi di indirizzo e controllo politico, al tavolo dei Soggetti Aggregatori, alla Corte dei Conti

ANALISI DEI RISCHI PER PROCESSI CORE

Data ultimo aggiornamento 24/10/2023

Id. Processo	Step del processo	Id Richio	Tipologie di eventi rischio	Dettaglio	G	P	IPR	Azioni da intraprendere (ev. riferimenti)	G	P	IPR	Evidenze sulle azioni intraprese	Note
P1	Attività preliminare all'indizione di gara	P 1.1	Mancato rispetto dei tempi	Non vengono rispettate le scadenze definite	2	1	2				0		
		P 1.2	Documentazione non coerente	La documentazione può pervenire non coerente con l'oggetto e/o con l'importo finanziario	2	2	4	Avvio di un calendario formativo per l'utilizzo della check list e del nuovo processo di gestione delle gare			0		
		P 1.3	Documentazione non completa	La documentazione è mancante degli elementi essenziali per essere istruttoria e/o inadeguata nei contenuti	2	2	4	Avvio di un calendario formativo per l'utilizzo della check list e del nuovo processo di gestione delle gare			0		
		P 1.4	Modifica del progetto di gara	Intervengono modifiche durante la gestione della gara	2	1	2				0		
P2	Selezione dei concorrenti	P 2.1	Documentazione differente rispetto all'approvata	Sulla piattaforma viene pubblicato un testo differente rispetto a quello approvato (es. caricamento del file errato del disciplinare)	2	1	2				0		
		P 2.2	Alterazione della sostanza dei documenti di gara	Nella risposta al chiarimento vengono sostanzialmente modificati i documenti di gara	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
		P 2.3	Inadeguata indicazione dei tempi	Mancata o inadeguata indicazione nella richiesta di soccorso istruttoria dei termini entro cui fornire risposta	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
P3	Valutazione delle offerte	P 3.1	Nomina irregolare della Commissione	Non viene seguita correttamente la procedura di nomina della Commissione (es. per criteri di urgenza)	2	1	2				0		
		P 3.2	Mancata comunicazione effettiva data	Mancata comunicazione effettiva data nell'apertura delle buste	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
		P 3.3	Errata applicazione dei parametri di selezione	Rischio organizzativo di errata assegnazione dei punteggi e errata applicazione dei parametri di selezione	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
		P 3.4	Richieste di giustificazioni irrilevanti rispetto ai fini della congruità	Per la verifica delle anomalie vengono richiesti giustificazioni inutili	1	1	1				0		
		P 3.5	Errato contenuto della determina	Nella fase di redazione della determina possono essere riportati dati erronei (es. relativi a importi e aggiudicatario)	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
P4	Verifica dei requisiti dell'aggiudicatario	P 4.1	Effettuazione di controlli irrilevanti	Vengono effettuati controlli non necessari o errata interpretazione degli esiti dei controlli	1	1	1				0		
		P 5.1	Inadeguata fornitura informazioni all'ufficio legale	Non adeguata fornitura delle informazioni necessarie	1	1	1				0		

ANALISI DEI RISCHI PER PROCESSI di SUPPORTO e di SISTEMA

Data ultimo aggiornamento 24/10/2023

Id. Processo	Step del processo	Id Richio	Tipologie di eventi rischio	Dettaglio	G	P	IPR	Azioni da intraprendere (ev. riferimenti)	G	P	IPR	Evidenze sulle azioni intraprese	Note
P6	Pianificazione delle attività	P 7.1	Non rispetto della pianificazione	Sia in termini di calendarizzazione delle gare, sia in termini di rispetto delle tempistiche	2	2	4	Il mancato rispetto delle scadenze che si è registrato è stato a causa della presenza di eventi di urgenza. Con l'introduzione del nuovo processo tagli elementi sono disciplinati e messi sotto controllo.			0		
P7	Gestione della formazione delle risorse	P 8.1	Inadeguato livello di formazione	Il rischio si colloca sulla non tempestività dell'attività formativa rispetto alle modifiche normative	1	1	1				0		
P8	Gestione della comunicazione interna ed esterna	P 9.1	Errato utilizzo del canale di comunicazione	Viene utilizzato un canale per la comunicazione non corretto (es. pec rispetto a piattaforma) e/o errata diffusione delle informazioni (es. comunicazione riservata)	1	1	1				0		
		P 9.2	Non chiarezza del contenuto della comunicazione	Non chiarezza rispetto ai dati da trasferire o alle informazioni/documenti da acquisire	1	2	2				0		
		P 9.3	Non rispetto dei tempi	Non rispetto degli eventuali termini previsti dalla norma (o non tempestiva comunicazione)	3	1	3	Non è necessario prevedere azioni di miglioramento, in quanto la Probabilità è già ridotta al minimo			0		
P9	Gestione delle infrastrutture, dei sistemi informativi ed altri asset	P 10.1	Malfunzionamenti della piattaforma e della rete	l'infrastruttura e il sistema informativo presentano problemi tecnici	1	2	2				0		
		P 10.2	Inadeguato livello di sicurezza	La piattaforma informatica presenta problematiche relative alla sicurezza da parte di attacchi informatici sia interni che esterni	1	1	1				0		

Id. Processo	Step del processo	Id Richio	Tipologie di eventi rischio	Dettaglio	G	P	IPR	Azioni da intraprendere (ev. riferimenti)	G	P	IPR	Evidenze sulle azioni intraprese	Note
P10	Monitoraggio delle attività di gara	P 11.1	Flusso non costante delle informazioni	Non viene garantita la continuità dell'organizzazione delle informazioni (es. difficoltà di reperire informazioni)	1	2	2			0			
		P 11.2	Monitoraggio inadeguato	Monitoraggio inadeguato delle procedure di gara (es. informazioni non necessarie o non richiesta di informazioni necessarie)	1	1	1			0			
P11	Gestione dei documenti del SGQ	P 12.1	Documentazione di sistema non adeguata, non aggiornata, non corretta	Presenza e circolazione di documentazione obsoleta, incompleta	1	1	1			0			
P12	Gestione degli audit interni	P 13.1	Mancata conduzione degli audit interni per processi critici o core	Conduzione di un ciclo incompleto di audit interni	1	1	1			0			
P13	Gestione delle NC e delle AC	P 14.1	Mancata identificazione di NC e applicazione di relative AC	Mancata identificazione di possibili situazioni o processi a rischio non conformità e, di conseguenza, mancata implementazione di azioni correttive	2	1	2			0			
P14	Monitoraggio della soddisfazione del cliente	P 15.1	Mancata valutazione del livello di soddisfazione del cliente	Mancanza di confronti periodici con i clienti dei servizi erogati	2	1	2			0			
P15	Gestione del Riesame di Direzione	P 16.1	Mancata conduzione del Riesame di Direzione	Mancata condivisione dell'andamento del SGQ con la Direzione	1	1	1			0			

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI RELATIVI AI PROCESSI CORE E DI SUPPORTO/DI SISTEMA

analisi storica dei casi (almeno dell'ultimo anno)

G - Gravità	P - Probabilità	Valutazione	Descrizione
Presenza di inefficienza operativa ma NON di danno di immagine e NON di danno economico	L'evento si è verificato < 20%	1	basso*
Presenza di inefficienza operativa, di danno di immagine ma NON di danno economico	L'evento si è verificato tra il 20 < > 50%	2	medio
Presenza di inefficienza operativa, danno di immagine e danno economico	L'evento si è verificato > 50%	3	alto

Combinazioni possibili:

G	P	IPR	
3	3	9	
3	2	6	
2	3	6	Rischio di elevata entità: è necessario definire azioni di miglioramento.
2	2	4	
3	1	3	Rischio di media entità: se possibile in termini di tempo, risorse e priorità operative, è consigliabile identificare azioni di miglioramento.
1	3	3	
2	1	2	
1	2	2	
1	1	1	Rischio sotto controllo: non sono necessarie azioni di miglioramento.

* implicita accettazione del livello di controllo



LISTA KPI PER MONITORAGGIO

data ultimo agg.to 07.11.2025

Procedura di riferimento	Indicatore	Responsabile della rilevazione	Documento di rilevazione	Frequenza di valutazione	Valore atteso	Valore effettivo e data di registrazione
P1	Completezza documentale allegata alla determina di indizione	Responsabile della SUA	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	75%	
P1	Rispetto tempistica firma determina di indizione	Responsabile della SUA	Firma Determina a sistema	Annuale	75%	
P1	Numero di procedure oggetto di revisioni in sede di attività preliminare	Responsabile della SUA	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	80%	
P2	Numero di procedure di gara i cui termini di scadenza per la presentazione delle offerte vengono prorogati	Responsabile del Procedimento	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Semestrale	15%	
P2	Gare/Lotti infruttuose	Responsabile del Procedimento	"spunta" nel file di gestione del carico P.1 - A1	Annuale	20%	
P3	Rispetto dei termini per la nomina della Commissione	Responsabile Qualità	Data della Determinazione di nomina	Annuale	60%	
P3	Rispetto dei termini per l'adozione del provvedimento di aggiudicazione	Responsabile Qualità	Data della Determinazione Dirigenziale recante il provvedimento di aggiudicazione	Annuale	80%	
P4	Tempo medio di conclusione delle verifiche dall'aggiudicazione	Responsabile della qualità	Data richiesta e data di attivazione	Annuale	< 30 giorni	
P5	Percentuale di ricorsi sul numero di gare	Responsabile della qualità	Comunicazioni a RUP	Annuale	10%	
P5	Percentuale di ricorsi vinti sul numero di ricorsi totali	Responsabile della qualità	Sentenze Tar e Consiglio di Stato	Annuale	75%	
P6	n. recessi dalle convenzioni	RSUA	Nota di rilievo	Annuale	< 5 %	
P7	Miglioramento del punteggio attribuito da ANAC per la qualificazione in merito al "sistema di formazione e aggiornamento del personale"	Dirigente SUA	Scheda qualificazione ANAC	Ad ogni aggiornamento del sistema di qualificazione ANAC	Crescente	
P7	Percentuale numero degli interventi formativi effettivamente svolti rispetto a quelli pianificati	Dirigente SUA	Programmi formativi comunicati	Annuale	80%	
P7	Numero dei question time di formazione ai dipendenti degli Enti aderenti	Dirigente SUA	Verbale degli eventi	Annuale	>= 2	
P8	Segnalazioni del Dirigente competente	Dirigente SUA	Direktoary di riferimento della singola gara	Annuale	< 15	
P9	Segnalazioni malfunzionamenti sw, hw e piattaforme di e-procurement	Responsabile SGQ	Verbale riepilogativo	semestrale	< 30	
P10	Rispetto delle tempistiche delle gare processate rispetto alle previsioni	Responsabile SGQ	Relazione Annuale attività SUA	Annuale	80%	
P10	Numero Gare Pubblicate	Responsabile SGQ	Relazione Annuale attività SUA	Annuale	100	
P10	Numero Gare Concluse (aggiudicate, deserte, revocate ecc.)	Responsabile SGQ	Relazione Annuale attività SUA	Annuale	100	
P11	% di documenti errati o incompleti rispetto al totale di documenti emessi o revisionati	Responsabile del SGQ	Elenco dei documenti del SGQ	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P11	Numero di NC interne e/o esterne relative alla gestione documentale	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P12	% di rispetto del programma annuale delle verifiche interne	Responsabile del SGQ	Programma annuale degli audit	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P12	% di audit senza non conformità	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	

P12	% di non conformità/segnalazioni chiuse positivamente sul totale delle non conformità/segnalazioni	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P12	% di non conformità/segnalazioni risolte entro i tempi pianificati	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P13	Numero di segnalazioni rilevate	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P13	% di AC chiuse positivamente	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P13	% di AC non risolutive	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P14	Numero di incontri e interviste con i committenti interni ed esterni	Responsabile del SGQ	Raccolta informazioni incontri con committenti interni ed esterni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P14	Numero di AC identificate legate alla soddisfazione del committente	Responsabile del SGQ	Rapporti di audit e Registro delle segnalazioni	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	
P15	% di obiettivi realizzati rispetto a quelli definiti (tutti gli indicatori di processo di tutti i processi)	Responsabile del SGQ	Verbale del Riesame di Direzione	Annuale	Definito di anno in anno nel primo riesame della direzione	