



**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
"BRUNO UBERTINI"
(ENTE SANITARIO DI DIRITTO PUBBLICO)**

PIANO TRIENNALE

**di PREVENZIONE della CORRUZIONE e della
TRASPARENZA**

2017-2019

SOMMARIO

PARTE I – QUADRO GENERALE

1. Premessa: finalità e struttura del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019	pag. 6
2. Quadro normativo di riferimento	pag. 9
2.1 Legge 6 novembre 2012, n. 190 e decreti attuativi	pag. 9
2.2 I Piani Triennali di prevenzione della corruzione	pag. 10
2.3 Principi e <i>standard</i> di riferimento per la gestione del rischio corruzione	pag. 11
3. Analisi del contesto esterno ed interno	pag. 14
3.1 Analisi del contesto	pag. 14
3.2 Analisi del contesto esterno	pag. 14
3.2.1 L'IZSLER nell'ambito del SSN e la presenza sul territorio	pag. 14
3.2.2 Il territorio di riferimento	pag. 15
3.2.3 Contesto dell'illegalità nel territorio	pag. 18
3.3. Analisi del contesto interno	pag. 20
3.3.1 Funzioni e competenze dell'IZSLER	pag. 20
3.3.2 Il Riordino Istituzionale	pag. 23
3.3.3 L'organizzazione	pag. 24
3.3.4 Gli strumenti di controllo	pag. 29
3.3.5 Il personale	pag. 31
3.3.6 Eventi rilevati nel 2016	pag. 32
3.3.7 Provvedimenti messi in atto a seguito degli eventi rilevati nel 2016	pag. 33
3.3.8 Correlazione tra analisi del contesto e misure di prevenzione della corruzione	pag. 34
4. Struttura di riferimento	pag. 35
4.1 Gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione	pag. 35
4.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale	pag. 35
4.3 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	pag. 36
4.4 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza	pag. 38
4.4.1 La nomina	pag. 38
4.4.2 Compiti	pag. 40

4.5 Gruppo di supporto*	pag. 43
4.6 I “Referenti per la Trasparenza e l’accesso civico”	pag. 45
4.7 I dirigenti responsabili di struttura	pag. 46
4.8 I dipendenti	pag. 47
4.9 I collaboratori	pag. 48
4.10 Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)	pag. 48
4.11 Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA) e il Gestore delle Segnalazioni Sospette	pag. 48
5. Le Responsabilità	pag. 49
5.1 Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT	pag. 49
5.2 La responsabilità dei dirigenti	pag. 50
5.3 La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di Prevenzione	pag. 50
 PARTE II - PROGRAMMAZIONE	
6. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2017-2019	pag. 52
6.1 Il Piano Triennale della Performance	pag. 53
6.2 Il Piano formativo	pag. 53
 PARTE III –AREE A RISCHIO E MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
7. Individuazione delle aree a rischio corruzione	pag. 55
7.1 Aree a rischio “generalì” e “specifiche”	pag. 55
7.2 Determinazione delle Aree a rischio corruzione	pag. 60
8. Misure di prevenzione della corruzione	pag. 61
8.1 Codice di comportamento	pag. 62
8.2 Rotazione del personale	pag. 63
8.3 Conflitto di interessi	pag. 65
8.4 Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali	pag. 68
8.5 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	pag. 70
8.6 Attività successive alla cessazione dal servizio	pag. 72

8.7	Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimenti di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA	pag. 73
8.8	Tutela del <i>Whistleblower</i>	pag. 74
8.9	Formazione del personale	pag. 75
8.10	Patti di integrità	pag. 76
8.11	Azioni di sensibilizzazione sui temi della legalità e dell'etica pubblica	pag. 76
8.12	Monitoraggio dei tempi procedurali	pag. 76
8.13	Monitoraggio dei rapporti Amministrazione-soggetti con cui sono stati stipulati contratti	pag. 77
8.14	Sistema di vigilanza sulle società e enti vigilati e controllati	pag. 78
8.15	Trasparenza	pag. 80
9.	La gestione del rischio: attività del triennio 2014-2016	pag. 80
10.	Relazione annuale 2016	pag. 81
PARTE IV- PIANIFICAZIONE TRIENNIO 2017-2019		
11.	Il processo di gestione del rischio. Metodologia	pag. 83
11.1	La mappatura dei processi	pag. 83
11.2	La valutazione del rischio corruzione	pag. 84
11.3	Trattamento del rischio corruzione	pag. 90
12.	Programmazione delle misure anni 2017-2019	pag. 93
12.1.	Obiettivi e descrizione delle misure	pag. 93
12.2	Programma delle misure generali e/o obbligatorie per il triennio 2017-2019	pag. 93
PARTE V - SEZIONE TRASPARENZA		
13	Premessa	pag. 96
14	Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza	pag. 97
14.1	Promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato: predisposizione del nuovo regolamento in materia di accesso e accesso civico in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 5 D. Lgs. 33/2013 e ai contenuti della delibera n. 1309/2016 di ANAC	pag. 98
14.2	Sviluppo e implementazione di idonee soluzioni informatiche a supporto delle pubblicazioni per semplificarle e automatizzarle, rendendo maggiormente chiari, fruibili e ricercabili i dati pubblicati nella sezione del sito Amministrazione Trasparente	pag. 98
14.3	Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente di contenuti	

	coerenti rispetto agli obblighi e ai termini dell'aggiornamento	pag. 99
15	Il modello di <i>governance</i> per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza: compiti e responsabilità	pag. 99
16	La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità	pag. 101
17	La trasparenza negli appalti pubblici tra nuovo Codice degli appalti ed il D. Lgs 33/2013	pag. 102
18	La definizione della <i>governance</i> per garantire l'esercizio del diritto di accesso civico "generalizzato". Prime misure organizzative per garantire il coordinamento nella gestione delle diverse istanze di accesso (civico, generalizzato, documentale)	pag. 104
19	Misure di informatizzazione a servizio della trasparenza	pag. 106
20	Misure di monitoraggio e controlli sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	pag. 108
21	Dati ulteriori	pag. 109

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

22	Processo di adozione del Piano	pag. 110
	22.1 Descrizione dell'iter seguito per l'elaborazione del piano	pag. 110
	22.2 Comunicazioni obbligatorie	pag. 111

Allegati

- Allegato A - deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 7 del 21 ottobre 2008 "Adozione regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna"
- Allegato B - deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 10 del 24 ottobre 2016 "Approvazione della proposta di organizzazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna"
- Allegato C - processi amministrativi dell'IZSLER relativi alle Aree a rischio, generali e specifiche, con le rispettive misure di contrasto;
- Allegato D - processi sanitari dell'IZSLER relativi alle Aree a rischio, generali e specifiche, con le rispettive misure di contrasto;
- Allegato E - relazione anticorruzione annuale 2016
- Allegato F – misure generali e/o obbligatorie programmate per l'anno 2017*
- Allegato G - mappa degli obblighi di pubblicazione*

* sostituito con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n 7 del 28.6.2017

PARTE I - QUADRO GENERALE

1 Premessa: finalità e struttura del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (IZSLER), con l'adozione del presente atto, intende contrastare il fenomeno corruttivo all'interno delle proprie strutture, attraverso l'implementazione di un adeguato sistema di prevenzione.

Il concetto di corruzione considerato dal presente documento va inteso come comprensivo di tutte le situazioni in cui si possa riscontrare l'abuso da parte di un soggetto del potere o delle funzioni allo stesso affidati, al fine di ottenere vantaggi privati. Esso pertanto ricomprende e configura situazioni più ampie della fattispecie penalistica di cui agli artt. 318, 319 e 319 *ter* c.p. che includono senz'altro tutti i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I, del codice penale, ma anche e soprattutto tutti i malfunzionamenti dell'amministrazione causati da un uso a fini privati o comunque distorto delle funzioni attribuite.

Il concetto di corruzione che si intende prevenire con il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza ("PTPCT" o anche semplicemente "Piano") non ha pertanto una valenza squisitamente penalistica, ma va inteso in senso complessivo, organico e sistematico come sinonimo di mala amministrazione ed esercizio non corretto dell'azione amministrativa.

Come specificato dal PNA 2015 "Le misure di prevenzione hanno un contenuto organizzativo. Con esse vengono adottati interventi che toccano l'amministrazione nel suo complesso (si pensi alla riorganizzazione dei controlli interni), ovvero singoli settori (la riorganizzazione di un intero settore di uffici, con redistribuzione delle competenze), ovvero singoli processi/procedimenti tesi a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato.

Sono misure che riguardano tanto l'imparzialità oggettiva (volte ad assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva del funzionario (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale). Se non si cura l'imparzialità fin dall'organizzazione, l'attività amministrativa o comunque lo svolgimento di attività di pubblico interesse, pur legittimi dal punto di vista formale, possono essere il frutto di

un pressione corruttiva”.

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, il Piano risponde alle seguenti esigenze:

a) individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16 dell'art. 1 della medesima legge¹, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera l-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165²;

b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

d) definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

e) definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

¹ “[...] a) autorizzazione o concessione; b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture [...]; c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n.150 del 2009”

² “I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: “[...] l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti [...]”

Inoltre il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, come novellato dal D. Lgs. 97/2016, stabilisce, all’art. 10, comma 1, che *“Ogni amministrazione indica, in un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, comma 5, della Legge n. 190 del 2012, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del presente decreto”*.

Il Piano dell’IZSLER 2017-2019, pur avendo validità triennale, sarà sottoposto a verifica, revisione ed integrazione via via che il processo di riorganizzazione aziendale sarà completato e troverà concreta esecuzione.

In applicazione di quanto disposto dal Decreto Legislativo 28 giugno 2012, n.106 (recante la riorganizzazione degli Enti vigilati dal Ministero della salute) e dall’Intesa interregionale di riordino dell’IZSLER, ratificata con Leggi Regionali 30 giugno 2014, n. 9 (Regione Emilia Romagna) e 24 luglio 2014, n.22 (Regione Lombardia), il Direttore Generale, con proprio decreto n.426 del 21 ottobre 2016, ha infatti adottato la nuova proposta di riorganizzazione dell’Ente, unitamente alla nuova dotazione organica, ai criteri per la graduazione delle funzioni dirigenziali ed ai regolamenti per il conferimento degli incarichi dirigenziali. Il Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.10 del 24 ottobre 2016 ha approvato l’atto di riorganizzazione che, con nota protocollo n. 28913 del 2 dicembre 2016, è stato trasmesso alle Regioni per l’esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo di cui all’articolo 12 della succitata Intesa interregionale. Con nota protocollo n. 33314 del 5 dicembre 2016 Regione Lombardia ha espresso parere favorevole sulla proposta di riorganizzazione, chiedendo di sottoporre a validazione finale tale proposta.

Nel corso dell’anno 2017, l’IZSLER dovrà pertanto dare concreta esecuzione alla nuova organizzazione aziendale, attraverso l’effettiva graduazione delle nuove funzioni dirigenziali ed il conferimento dei relativi incarichi. Il mutamento concreto dell’organizzazione aziendale comporterà, in ottemperanza a quanto stabilito

dall'art.1, comma 10, lettera a), della Legge n.190/2012³ il necessario adeguamento del Piano.

Tenuto conto delle esigenze di modifica e integrazione derivanti dal processo di riorganizzazione aziendale e della successiva indispensabile ri-mappatura dei processi, il presente Piano intende illustrare la strategia dell'IZSLER in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, nel rispetto del dettato legislativo e degli indirizzi ANAC.

Esso è articolato nelle seguenti parti:

Parte I: descrizione dei concetti fondamentali, del quadro normativo di riferimento, del contesto esterno ed interno all'Ente e dell'organizzazione per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;

Parte II: individuazione degli obiettivi strategici per il triennio e raccordo con il Piano delle *performance* ed il Piano formativo dell'Istituto;

Parte III: illustrazione dello stato dell'arte e ricognizione delle misure introdotte negli anni scorsi;

Parte IV: pianificazione per il prossimo triennio, con illustrazione della metodologia di gestione del rischio corruzione e le azioni di intervento programmate;

Parte V: sezione trasparenza;

Parte VI: descrizione del processo e delle fasi di formazione e adozione del presente Piano.

2 Quadro normativo di riferimento

2.1 Legge 6 novembre 2012, n. 190 e decreti attuativi

La principale fonte normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza è senz'altro rappresentata dalla già citata Legge 190/2012.

L'articolo 1, comma 7, della Legge n.190/2012, come modificata dal Decreto

³ “[...] Il responsabile [...] provvede anche: a) [...] a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione”.

Legislativo 25 maggio 2016, n.97, prevede, nel primo periodo, che *“L'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività”* e il successivo comma 8, come novellato, stabilisce che *“L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione”*.

Tra i decreti adottati in base alle disposizioni legislative di delega al Governo di cui all'articolo 1 della Legge n.190/2012, sono rilevanti, ai fini della prevenzione della corruzione:

- a) il D. Lgs. 33/2013, significativamente modificato nel corso del 2016 dal precitato D. Lgs. n.97/2016, recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- b) il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 recante *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*.

2.2 I Piani Triennali di prevenzione della corruzione

Sulla base di quanto previsto all'art.1, comma 4, della L. n.190/2012, è stato approvato, nel 2013, un “Piano Nazionale Anticorruzione” (PNA) (delibera n. 72 adottata in data 11 settembre 2013). Successivamente il PNA, per opera della determinazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) del 28 ottobre 2015 n.12, ha subito alcune modifiche.

Nel 2016, con delibera n. 831 del 3 agosto 2016, ANAC ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, ad integrazione e parziale modifica dei precedenti Piani nazionali.

Il Piano Nazionale Anticorruzione individua i criteri e le metodologie per una strategia della prevenzione della corruzione, oltre che a livello nazionale, anche a livello decentrato. Nella elaborazione del presente Piano si è pertanto tenuto conto di quanto prescritto nel Piano Nazionale, che costituisce atto di indirizzo per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

L'IZSLER ha adottato il primo Piano Triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) il 24 gennaio 2014, con provvedimento del Direttore Generale n. 35/2014, per il periodo 2014-2016. La relazione dell'allora RPC sull'attività svolta nell'anno 2014 è stata pubblicata sul sito internet dell'Istituto nell'apposita sezione in data 31 dicembre 2014.

Con decreto del Direttore Generale n.42 del 29 gennaio 2015 è stato approvato il secondo Piano dell'IZSLER relativo al periodo 2015-2017. La relazione del Responsabile sull'attività preventiva della corruzione svolta nel corso dell'anno 2015 è stata pubblicata in data 31 dicembre 2015. Con decreto del Direttore Generale n.31 del 26 gennaio 2016 è stato approvato il Piano 2016-2017. La relazione sull'attività eseguita nel 2016 per contrastare i fenomeni corruttivi è stata pubblicata dal nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in carica dal 12 dicembre 2016, in data 16 gennaio 2017.

Il presente Piano ha efficacia per il triennio 2017-2019. Esso tuttavia, come già anticipato in premessa, sarà verificato, integrato ed adeguato a mano a mano che troverà attuazione la nuova organizzazione dell'Ente.

Il RPCT in ogni caso potrà proporre aggiornamenti, se lo riterrà necessario o opportuno, in qualunque momento.

2.3 Principi e standard di riferimento per la gestione del rischio di corruzione

La strategia per la prevenzione del rischio corruzione dell'IZSLER è improntata ai principi di *risk management* individuati dalla norma tecnica UNI-ISO 31000:2010 (che rappresenta la versione in lingua italiana della norma tecnica internazionale ISO 31000:2009, elaborata dal Comitato tecnico ISO/TMB "*Risk management*"), a cui l'IZSLER si attiene per una gestione del rischio efficace.

La gestione del rischio comprende l'insieme di attività che consentono di dirigere, monitorare e controllare il livello di rischio cui un'organizzazione può essere soggetta. Il rischio viene considerato come un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi e una minaccia per l'efficacia e l'efficienza di un'iniziativa, di un processo, di un'organizzazione.

La metodologia utilizzata per la redazione del presente Piano è quindi fondata seguendo l'impostazione di processo prevista dalla norma ISO 31000 attraverso le seguenti fasi:

- a) definizione del contesto e rilevazione dei processi (mappatura dei processi);
- b) identificazione e analisi degli eventi rischiosi (valutazione del rischio);
- c) ponderazione degli eventi rischiosi, determinando in tal modo il livello di rischio;
- d) identificazione e progettazione delle misure di prevenzione o trattamento del rischio.

Completano il quadro di riferimento del processo la comunicazione e la consultazione degli *stakeholder* ed il monitoraggio del sistema.

Lo *standard* ISO individua 11 principi guida da seguire per attuare un'efficace sistema di gestione del rischio. Tra essi, rientrano i seguenti:

- ✓ **La gestione del rischio è parte del processo decisionale** ovvero, la gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala delle priorità delle azioni e distinguere tra linee di azioni alternative;
- ✓ **La gestione del rischio è “su misura”** ovvero è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione;
- ✓ **La gestione del rischio è trasparente ed inclusiva**, in quanto mira a coinvolgere i soggetti interessati alla gestione dei rischi (personale, *stakeholder*, collaboratori);
- ✓ **La gestione del rischio è dinamica** ovvero è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qualvolta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il

riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.

Per una maggiore comprensione del Piano, si ritiene utile riportare alcune definizioni:

- ✓ *Processo*: insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (*input* del processo) in un prodotto (*output* del processo) destinato a un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è quindi più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica.
- ✓ *Processo di gestione del rischio*: applicazione sistemica delle politiche e delle procedure di gestione del rischio, di consultazione e di comunicazione.
- ✓ *Rischio*: evento potenziale suscettibile di generare disfunzioni o irregolarità e, di conseguenza, influenzare negativamente il perseguimento degli obiettivi istituzionali.
- ✓ *Evento*: il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'IZSLER.
- ✓ *Struttura di riferimento*: insieme dei soggetti che devono fornire le fondamenta e gli strumenti per progettare, attuare, monitorare, riesaminare e migliorare in modo continuo la gestione del rischio.
- ✓ *Titolare del rischio*: persona o entità con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.
- ✓ *Valutazione del rischio*: processo di identificazione, analisi e ponderazione del rischio.
- ✓ *Trattamento del rischio*: processo per modificare il rischio ovvero attività di individuazione e valutazione delle misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Richiamata la natura interregionale dell'IZSLER, si rileva infine che sia la Regione Lombardia sia la Regione Emilia Romagna forniscono ai RPCT delle aziende ed enti del rispettivo sistema socio-sanitario regionale le disposizioni per quanto attiene agli adempimenti indicati dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Nel 2017, le Regioni proseguiranno con le attività e le iniziative finalizzate al rafforzamento della rete degli RPCT, al fine di fornire loro il supporto e la collaborazione per un'azione costante ed efficace di prevenzione della corruzione e dell'illegalità. Considerato che la sede legale dell'IZSLER insiste sul territorio della Regione Lombardia, si farà riferimento prioritariamente alle indicazioni che saranno fornite alla rete degli RPCT lombardi.

3 Analisi del contesto esterno ed interno

3.1 Analisi del contesto

Per far comprendere a quali tipi di eventi corruttivi l'IZSLER sia maggiormente esposto, è indispensabile riportare una serie di informazioni sulle caratteristiche del contesto territoriale in cui opera, nonché in ordine alla propria organizzazione ed al contesto interno.

3.2 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stata elaborata sulla base di quanto illustrato nel Piano 2016-2018 e quindi attraverso l'utilizzo di dati acquisiti dalla Prefettura e dal Ministero degli interni e dai PTPCT delle due regioni di riferimento.

L'obiettivo di tale disamina è valutare l'incidenza del fenomeno corruttivo, al fine ultimo di favorire l'analisi, la valutazione del rischio e il monitoraggio dell'efficacia del sistema di prevenzione adottato dall'IZSLER.

3.2.1 L'IZSLER nell'ambito del SSN e la presenza sul territorio

L'IZSLER opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Lombardia e della Regione Emilia Romagna nell'ambito del servizio sanitario

nazionale, garantendo al Ministero della salute, alle Regioni stesse e alle aziende sanitarie locali le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. Ha sede a Brescia e si avvale di 17 sezioni situate nelle regioni Lombardia (Brescia, Bergamo, Mantova, Cremona, Sondrio, Binago (VA), Milano, Pavia e Lodi) ed Emilia Romagna (Bologna, Gariga(PC), Parma, Reggio Emilia, Modena, Forlì, Lugo (RA) e Ferrara), che curano e gestiscono i contatti con le realtà territoriali, interessando un'area di circa 46.000 kmq in cui risiedono oltre 14 milioni di abitanti.

3.2.2 Il Territorio di riferimento

I dati rappresentativi delle regioni di competenza dell'IZSLER, aggiornati al 01/01/2016 (ISTAT), sono i seguenti:

Regione	Popolazione <i>residenti</i>	Superficie <i>km²</i>	Densità <i>abitanti/km²</i>	Numero Comuni	Numero Province
Lombardia	10.008.349	23.863,65	419	1.524	12
Emilia - Romagna	4.448.146	22.452,78	198	333	9

Il sistema agro-alimentare lombardo è il più importante in Italia e tra i più rilevanti nel contesto europeo. Il valore della produzione agricola, della silvicoltura e della pesca si attesta nel 2014 sui 7,6 miliardi di euro, pari al 13,9% a livello nazionale; con i suoi quasi 2 miliardi di euro contribuisce in Italia al 7,4% del valore della produzione vegetale; più rilevante è la quota di valore della produzione zootecnica che, con quasi 4,5 miliardi di euro, pesa per oltre un quarto sul totale nazionale (26,3%). Il valore aggiunto prodotto dal settore si attesta sui 3,5 miliardi di euro ritornando a valori del 2007 dopo l'evidente flessione del 2009. Ciononostante il numero di imprese attive iscritte alle CCIAA all'agricoltura, selvicoltura e pesca dal 2009 al 2014 ha continuato a diminuire, passando in Lombardia da 52.591 a 47.720 unità. Tale diminuzione risulta comunque più contenuta rispetto al dato italiano, tanto che il peso percentuale delle imprese attive sul dato nazionale è progressivamente aumentato, passando dal 6,05% del 2009 al 6,30% del 2014.

Secondo dati Istat, il 22% delle oltre 48.000 aziende agricole viene condotto da donne (contro una media nazionale del 29%), il 6,9% da giovani (in linea con il dato

nazionale) e l'1,3% da stranieri (inferiore al dato nazionale, 1,8%).

La Regione Emilia-Romagna è tra le regioni italiane quella che ha realizzato, negli ultimi anni, *performance* macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali.

Sotto il profilo economico si tratta di una regione molto sviluppata in tutti i settori, sia quello primario (agricoltura e allevamenti), che secondario (industria). Il settore terziario prevale sugli altri, sia in termini di unità locali che di addetti in quanto vi operano il 75% delle unità locali e il 60% degli addetti.

Nell'ambito del manifatturiero i settori più consistenti sono la meccanica, la lavorazione dei metalli, l'industria alimentare e la lavorazione di gomma, plastica e minerali non metalliferi.

Di seguito sono riportati alcuni dati significativi a rappresentare il patrimonio zootecnico e le aziende che operano nel territorio di competenza dell'Istituto.

CAPI LOMBARDIA	2014	2015	2016
Bovini e bufalini	1.509.262	1.506.106	1.484.797
Ovini e caprini	208.088	200.391	211.995
Suini	4.344.570	4.366.865	4.013.925
Avicoli	29.356.912	25.971.756	26.415.486
Equini	58.239	58.769	61.595

*Dati Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) per bovini, bufalini, ovicaprini e suini
Dati Banca Dati Regionale (BDR) per avicoli ed equini*

CAPI EMILIA ROMAGNA	2014	2015	2016
Bovini e bufalini	564.913	559.480	563.409
Ovini e caprini	80.395	76.435	76.330
Suini	1.107.133	1.083.661	953.267
Avicoli	35.000.000	38.402.210	40.832.642
Equini	36.646	36.681	36.681

Dati BDN al 31/10/2016

ALLEVAMENTI LOMBARDIA	2014	2015	2016
Bovini e bufalini	19.830	19.531	18.995
Ovini e caprini	10.787	13.721	14.264
Suini	8.748	8.730	8.800
Avicoli	3.937	3.030	3.117
Equini	17.282	18.022	19.034

*Dati BDN per bovini, bufalini, ovicaprini e suini
Dati BDR per avicoli ed equini*

ALLEVAMENTI EMILIA ROMAGNA	2014	2015	2016
Bovini e bufalini	7.130	6.964	6.816
Ovini e caprini	4.108	4.203	4.304
Suini	4.757	4.224	3.994
Avicoli	832	840	1.136
Equini	9.971	10.185	10.377

Dati BDN al 31/10/2016

MACELLAZIONI LOMBARDIA	2013	2014	2015
Bovini e bufalini	577.062	548.774	605.260
Ovini e caprini	48.993	48.183	43.043
Suini	4.342.123	4.304.199	4.156.863
Avicoli	62.913.661	55.359.869	58.746.572
Equini	3343	3043	2975

*U.O Veterinaria regione Lombardia e Sistema Informativo Servizio Veterinario (SIV) –
aggiornamento 31/12/2015*

MACELLAZIONI EMILIA ROMAGNA	2013	2014	2015
Bovini e bufalini	450.061	414.701	365.390
Ovini e caprini	28.650	15.022	15.774
Suini	2.973.254	3.300.923	3.349.102
Avicoli	100.700.390	105.861.669	109.316.110
Equini	7.138	7.152	6.629

Dati BDN al 31/10/2016

3.2.3 Contesto dell'illegalità nel territorio

La Regione Lombardia, così come si legge nella “*Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata*”, trasmessa dal Ministro dell'Interno alla Presidenza della Camera dei deputati, il 25 febbraio 2015, rappresenta la maggiore piazza finanziaria nazionale e si colloca tra le regioni italiane di maggior benessere.

Nella relazione al Parlamento, si evidenzia, che:

- l'area lombarda, anche in ragione della sua estensione e della sua collocazione geografica, è interessata da molteplici manifestazioni di criminalità ben diversificate tra loro, con caratteristiche e *modus operandi* che variano in funzione delle province in cui si manifestano e dei settori illeciti d'intervento; la diversificazione per territorio scaturisce dalla presenza, consolidata nel corso degli anni, di elementi riconducibili a sodalizi criminali di tipo mafioso cui si sono affiancati gruppi criminali stranieri;
- la Lombardia, pur non estranea all'attuale fase di crisi economica, può costituire per le matrici criminali un solido bacino d'investimenti, funzionali alla penetrazione negli impianti produttivi e al consolidamento della presenza sul territorio;
- le organizzazioni mafiose endogene evidenziano interesse ad infiltrare il tessuto imprenditoriale locale, rimangono collegate alle famiglie criminali d'origine e dispongono di cospicui capitali illeciti, in buona parte derivanti dal narcotraffico, da reimpiegare (attraverso complesse attività di riciclaggio) in imprese commerciali (grande distribuzione, bar, ristorazione, turistico-alberghiere e di intrattenimento), immobiliari ed edili, di movimento terra, di giochi e scommesse, smaltimento dei rifiuti, bonifiche ambientali, società finanziarie, cooperative, sanità, servizi di logistica e trasporti, nel settore energetico, ecc...;
- vi è una certa permeabilità del tessuto economico ed imprenditoriale lombardo ad infiltrazioni criminali, con casi di corruzione, nell'ambito delle proprie attribuzioni, da parte di Amministratori pubblici e dirigenti di strutture pubbliche (a beneficio di imprenditori scorretti che mirano ad accaparrarsi appalti ed erogazioni pubbliche), anche afferenti settori sensibili per la comunità;

- l'azione di contrasto alle organizzazioni criminali si sta dunque spingendo nell'esplorazione della "zona grigia", ovvero di illeciti che spesso emergono con fattispecie di natura fiscale o amministrativa, che potrebbero costituire il terreno su cui realizzare l'intreccio d'interessi tra criminali, politici, amministratori ed imprenditori (con la costituzione di "sistemi criminali" apparentemente disomogenei ma in realtà efficacemente integrati), nei quali la corruzione e, in generale, i reati contro la P.A, permettano alla criminalità organizzata di infiltrarsi ed espandersi ulteriormente, a danno dell'imprenditoria sana;
- l'espressione mafiosa più invasiva e strutturata risulta attualmente la "Ndrangheta". I clan calabresi mantengono i propri interessi anche nel settore imprenditoriale del movimento terra (per acquisirne una posizione dominante), che consente loro di insinuarsi in appalti pubblici locali;
- il territorio lombardo è un'area in cui la gestione di grandi quantità di rifiuti non sfugge all'attenzione di imprenditori spregiudicati e della criminalità organizzata. Inoltre la criminalità ambientale trova alimento nella corruzione per ottenere le autorizzazioni necessarie ad operare anche nel campo delle costruzioni edili;
- la criminalità straniera manifesta la sua operatività sul territorio lombardo attraverso attività criminali diversificate, evidenziando modalità d'azione che, pur incidendo maggiormente sul senso di sicurezza percepita dalla cittadinanza, non sono necessariamente riconducibili a contesti organizzati.

Nella regione **Emilia Romagna** il tessuto economico è di per sé "attraattivo" ed esposto al rischio di infiltrazione del crimine organizzato e mafioso. Come si legge anche nella *"Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata"* comunicata dal Ministro dell'Interno alla Presidenza della Camera dei deputati il 14 gennaio 2016, *"l'elevata propensione imprenditoriale del tessuto economico regionale è uno dei fattori che catalizza gli interessi della criminalità organizzata, sia autoctona che straniera, anche ai fini del riciclaggio e del reinvestimento in attività economiche dei profitti illeciti realizzati. L'espansione delle attività imprenditoriali e commerciali attira, inoltre, flussi migratori stranieri, talvolta connotati da logiche criminali"*.

Nel territorio della regione da anni sono insediati “*compagini e soggetti affiliati e/o contigui ad organizzazioni criminali mafiose provenienti dalle regioni del sud, che, attratti dalle possibilità offerte da un sistema economico dinamico, in taluni casi e per specifiche categorie di reati, arrivano ad operare anche unendosi tra loro, pianificando e realizzando attività illecite in grado di recare profitti comuni*”. Questa presenza non si manifesta attraverso cruenti episodi delittuosi, tipici di queste organizzazioni malavitose, o attraverso un controllo del territorio condotto con le tipiche modalità in atto nelle aree geografiche di provenienza, ma è piuttosto orientata al tentativo di inquinare il tessuto economico e sociale con immissioni di capitali di illecita provenienza attraverso l'aggiudicazione di appalti e l'acquisizione della proprietà di attività commerciali sfruttando gli effetti della contingente crisi finanziaria penalizzante, in particolare, la piccola imprenditoria.

In questo senso il riciclaggio risulta essere l'attività prevalente della criminalità organizzata in Emilia Romagna.

3.3 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno è utile a evidenziare il sistema delle responsabilità e il livello di complessità connesso alla dimensione organizzativa dell'IZSLER in relazione alle attività svolte.

3.3.1 Funzioni e competenze dell'IZSLER

L'IZSLER svolge compiti inerenti l'area della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare ed attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria. In particolare, all'IZSLER sono affidate le seguenti funzioni istituzionali:

- erogazione del servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- supporto tecnico-scientifico e operativo all'azione di farmaco-vigilanza veterinaria;
- sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, igiene delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti, anche mediante l'attivazione di centri epidemiologici;

- attuazione di iniziative statali o regionali, anche in collaborazione con le università, per la formazione, l'aggiornamento e la specializzazione di veterinari e di altri operatori;
- cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario anche esteri, previa intese con il Ministero della salute;
- esecuzione degli accertamenti analitici necessari alle azioni di polizia veterinaria e all'attuazione dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione;
- esecuzione degli esami necessari all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale, nonché degli esami necessari all'attività di controllo sull'alimentazione animale;
- ricerca sperimentale sulla eziologia, patogenesi e profilassi delle malattie infettive diffuse degli animali;
- ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- supporto tecnico-scientifico e operativo per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali;
- ricerca di base e finalizzata per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, secondo programmi e anche mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle Regioni ed altri enti pubblici;
- studio e sperimentazione di tecnologie e metodiche necessarie al controllo sulla salubrità degli alimenti e dell'alimentazione animale;
- formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di Paesi esteri;
- elaborazione e applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;
- consulenza e assistenza agli allevatori per la bonifica zoonosanitaria, per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali;
- produzione, commercializzazione e distribuzione di medicinali e prodotti necessari per la lotta alle malattie degli animali e per l'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto in aggiunta ai succitati compiti istituzionali può, nel rispetto della normativa vigente, stipulare convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private, purché:

- sia assicurata la prevalenza dell'attività ordinaria e non venga ad essa arrecato pregiudizio;
- siano adottate le misure necessarie per evitare conflitto di interessi;
- sia applicato l'apposito tariffario per le prestazioni erogate a titolo oneroso approvato dalle Regioni, ferma restando la gratuità delle prestazioni rese alle ASL;
- sia assicurata una gestione contabile separata.

I settori che impegnano maggiormente l'Istituto sono:

- **Sanità Animale:** l'IZSLER ha da sempre investito notevoli risorse in questo settore mediante un servizio diagnostico attivo negli ambiti di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, avicolo, cunicolo, ittico, apistico e della selvaggina allevata) e nelle specie di affezione (cani, gatti, rettili, animali selvatici uccelli esotici, ecc). Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma comprendono anche interventi in allevamento.
- **Sicurezza Alimentare:** come previsto dalle programmazioni sanitarie regionali e dalla politica dell'Unione Europea, l'IZSLER svolge funzioni di supporto nell'ambito dei piani nazionali e regionali di controllo sugli alimenti nella filiera produttiva e di commercio. Tale attività è assicurata anche a supporto delle azioni di NAS e organi periferici del Ministero della Salute.

L'IZSLER svolge inoltre attività di produzione, commercializzazione e distribuzione di prodotti per la lotta contro le malattie degli animali (antigeni, *kit* diagnostici, ecc.). Il Ministero della salute può incaricare l'Ente della preparazione e distribuzione di prodotti per la profilassi (sieri, vaccini, autovaccini, ecc.).

Importante è il peso che assume all'interno dell'IZSLER l'attività di ricerca, di base e finalizzata, per lo sviluppo delle conoscenze nella sanità veterinaria e nella sicurezza alimentare. L'attività è svolta secondo programmi e mediante convenzioni con Università e Istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, di Regioni ed enti pubblici.

L'IZSLER ha attivato una nuova struttura all'avanguardia per la conservazione e distribuzione di materiale biologico: la Biobanca Veterinaria (BVR). L'infrastruttura ha lo scopo di raccogliere tutte le risorse biologiche, sottoposte a controlli di identità e purezza, che sono conservati in diversi laboratori.

3.3.2 Il Riordino Istituzionale

Il Decreto Legislativo 28 giugno 2012, n.106 recante “*Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183*” ha disposto (Capo II – artt. 9-16) il riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, incaricando le Regioni di provvedere a riformare l'organizzazione e le funzioni degli II.ZZ.SS. di riferimento nel rispetto di quanto previsto dal medesimo decreto legislativo, nonché di provvedere alla nomina dei nuovi organi istituzionali.

Le Regioni Emilia-Romagna e Lombardia hanno re-disciplinato l'organizzazione ed il funzionamento dell'IZSLER mediante l'Intesa interregionale ratificata rispettivamente con leggi regionali 30 giugno 2014, n.9 e 24 luglio 2014, n.22.

Il nuovo **Consiglio di Amministrazione** dell'Ente, nominato con decreto del Presidente della Giunta della Regione Lombardia n.298 del 15 dicembre 2015, si è insediato in data 12 gennaio 2016.

Il **Collegio dei Revisori dei Conti** è stato costituito con provvedimento del Presidente della Regione Lombardia n.299 del 15 dicembre 2015.

L'incarico di **Direttore Generale** è stato assunto il 26 aprile 2016, a seguito del relativo provvedimento di nomina costituito dalla deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n.4458 del 3 dicembre 2015.

Il processo costitutivo della direzione aziendale si è concluso con la nomina da parte del Direttore Generale del **Direttore Sanitario** e del **Direttore Amministrativo**, avvenuta in data 21 giugno 2016.

Come disposto dal decreto legislativo n.106/2012 e dalla richiamata Intesa

interregionale, i nuovi organi istituzionali hanno avviato l'*iter* di revisione dell'ordinamento interno dell'Ente, in primo luogo, con l'adozione da parte del Consiglio di Amministrazione del nuovo Statuto, entrato in vigore **in data 18 luglio 2016**. Il processo di revisione è proseguito poi con la decretazione da parte del Direttore Generale (decreto n.426 del 21 ottobre 2016) della proposta di riorganizzazione dell'IZSLER, della nuova dotazione organica, dei criteri per la graduazione delle funzioni dirigenziali e dei regolamenti per il conferimento degli incarichi dirigenziali. Il Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.10 del 24 ottobre 2016 ha approvato l'atto di riorganizzazione che, con nota protocollo n. 28913 del 2 dicembre 2016, è stato trasmesso alle Regioni per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo di cui all'articolo 12 della succitata Intesa interregionale. Con nota protocollo n. 33314 del 5 dicembre 2016 Regione Lombardia ha espresso parere favorevole sulla proposta di riorganizzazione, chiedendo di sottoporre a validazione finale tale proposta.

Nel corso dell'anno 2017, l'IZSLER dovrà pertanto dare concreta esecuzione alla nuova organizzazione aziendale, attraverso l'effettiva graduazione delle nuove funzioni dirigenziali ed il conferimento dei relativi incarichi. Come anticipato in premessa, il concreto mutamento dell'organizzazione aziendale comporterà, in ottemperanza a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 10, lettera a) della legge n.190/2012, il necessario e tempestivo adeguamento del presente Piano.

L'effettiva realizzazione del nuovo assetto organizzativo si riverbererà sul Piano 2017-2019 con particolare riferimento all'esigenza di implementare le misure per la gestione del conflitto di interessi nell'ambito dell'attività diagnostica dell'Ente tra l'attività istituzionale di natura pubblicistica (cosiddetta "attività ufficiale") ed attività di natura privatistica erogata a pagamento (cosiddetta "attività in autocontrollo").

3.3.3 L'organizzazione

L'attuale assetto istituzionale dell'IZSLER trova il suo fondamento normativo nazionale nel decreto legislativo 30 giugno 1993, n.270, come modificato ed integrato dal D. Lgs. 28.06.2012, n.106, che ha aggiornato le competenze in tema di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e ha confermato la figura del Direttore Generale, quale organo di gestione, e del Consiglio di Amministrazione, quale organo di indirizzo politico.

La fonte normativa regionale è rappresentata dall'Intesa interregionale concernente il riordino dell'IZSLER ratificata con Leggi regionali 24 luglio 2014, n. 22 e 30 giugno 2014 n. 9, rispettivamente della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna.

Ai sensi della succitata normativa nazionale e regionale, sono organi dell'Istituto:

- Il **Consiglio di Amministrazione**, il quale svolge compiti di indirizzo in coerenza con gli obiettivi generali, le priorità e gli indirizzi delle programmazioni regionali, nonché compiti di coordinamento e verifica delle attività dell'Istituto.
- Il **Direttore Generale**, che ha la rappresentanza legale dell'Istituto, ne dirige le attività, compresa quella scientifica, ed è responsabile della gestione complessiva dell'Istituto stesso. Il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario nominati dal direttore stesso.
- Il **Collegio dei Revisori dei Conti** che vigila sull'attività amministrativa e sull'osservanza delle leggi, verificando la regolare tenuta della contabilità.

In attesa dell'attuazione del nuovo assetto organizzativo, il presente Piano ha considerato l'organizzazione aziendale attualmente in essere, approvata con deliberazione del precedente Consiglio di Amministrazione n. 7 del 21 ottobre 2008. Come più volte precisato, il presente Piano sarà rivisto alla luce della nuova effettiva articolazione aziendale.

All'interno dell'assetto dell'IZSLER sono presenti i seguenti organismi:

- il Comitato Tecnico Scientifico: chiamato a valutare il livello della ricerca prodotta, a indicare nuove aree strategiche in cui sviluppare la ricerca e a suggerire modalità e strumenti di gestione dei progetti;
- il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni: ha assorbito le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del *mobbing* ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale;

- il Comitato Etico: verifica che le attività sperimentali che prevedono l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette, in ottemperanza alle normative vigenti;
- il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: svolge un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione della *performance* di ciascuna struttura e dei dirigenti e nell'adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti alle amministrazioni.

L'Istituto è sede di Centri di Referenza Nazionali (CdRN) che sono strumenti operativi di elevata e provata competenza, individuati dal Ministero della salute. Essi svolgono attività di particolare specializzazione od interesse nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. In particolare, all'IZSLER sono stati assegnati i seguenti centri di referenza nazionale:

- Afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.1991)
- Tubercolosi da M. Bovis (DM 4.10.1999)
- Leptosirosi (DM 4.10.1999)
- Clamidiosi (DM 4.10.1999)
- Tularemia (DM 4.10.1999)
- Malattia di Aujeszky Pseudorabbia (DM 8.5.2002)
- Malattie virali dei lagomorfi (DM 8.5.2002)
- Qualità del latte bovino (DM 8.5.2002)
- Benessere animale (DM 13.02.2003)
- Paratubercolosi (DM 13.02.2003)
- Formazione in sanità pubblica veterinaria (DM 27.08.2004)
- Metodi Alternativi, Benessere e Cura degli Animali da laboratorio (DM del 20.04.2011)
- Rischi emergenti in sicurezza alimentare (DM del 18.01.2013)

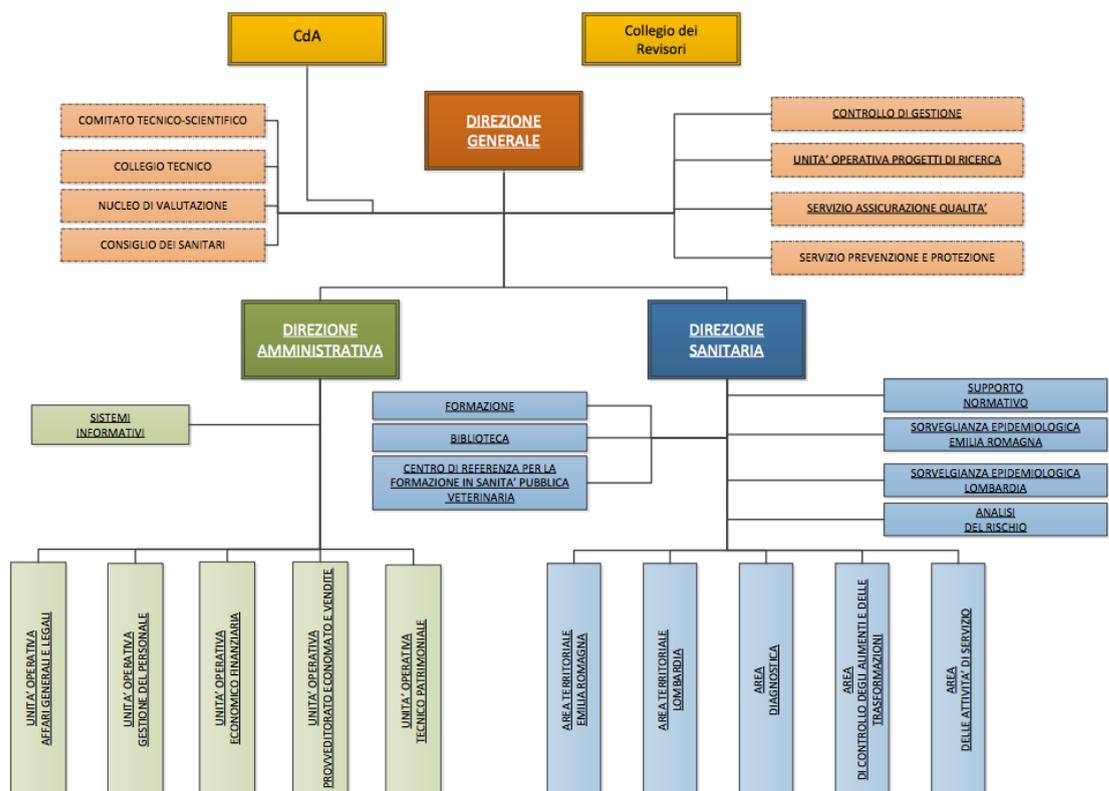
In ambito internazionale l'IZSLER è Centro di Referenza FAO per l'Afta Epizootica e Malattia Vescicolare. Inoltre è stato riconosciuto Laboratorio di Referenza OIE per i seguenti ambiti:

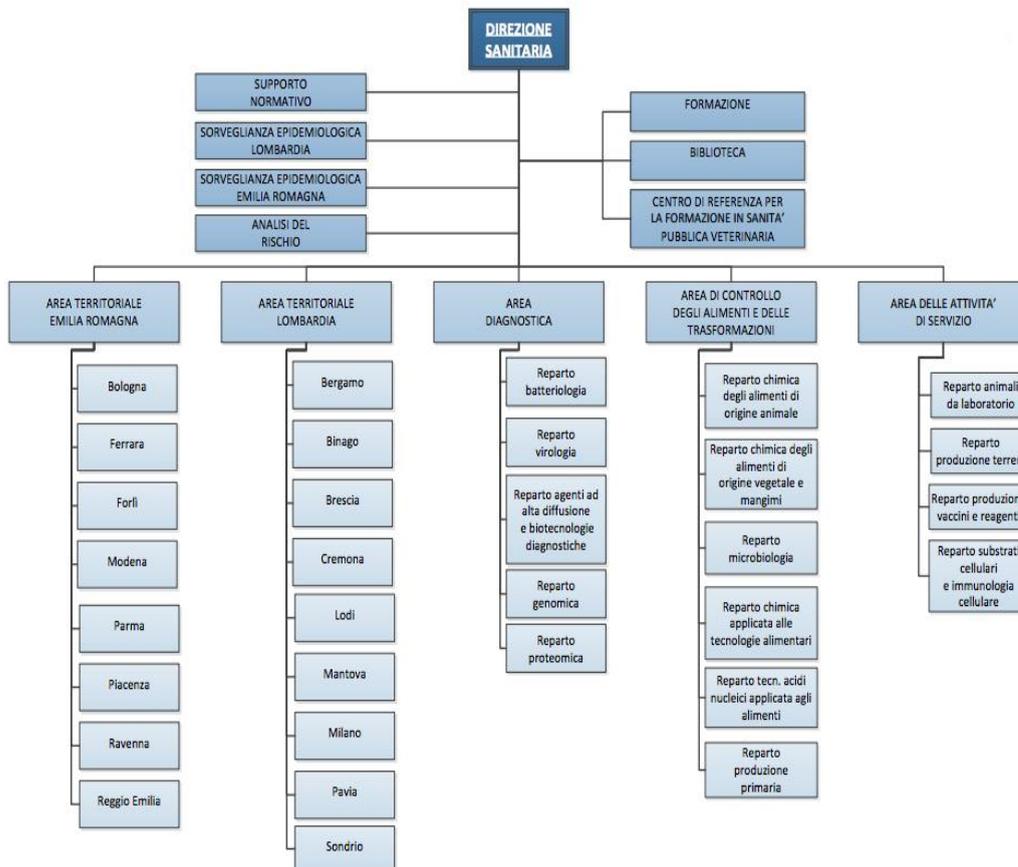
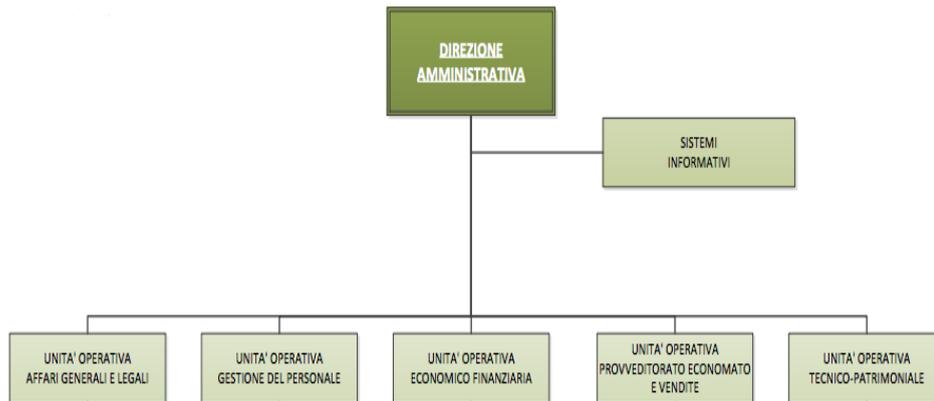
- Afta Epizootica
- Malattia Vescicolare del Suino
- Malattia Emorragica del Coniglio

- Influenza suina
- Myxomatosi del Coniglio
- Collezione delle risorse biologiche (Veterinary Biologicals Biobank)

Il responsabile di ogni Laboratorio di riferimento dell'OIE è un esperto riconosciuto a livello internazionale, in grado di fornire assistenza tecnico-scientifica e consulenza specialistica sulla Sorveglianza e la Profilassi della malattia di interesse del Laboratorio.

Di seguito si riporta l'attuale organigramma dell'IZSLER per macro-strutture, il cui atto di adozione è allegato al presente Piano (Allegato A), altresì pubblicato, fino all'attuazione della nuova organizzazione, al seguente link: <http://www.izsler.it/Trasparenza/docForward.jsp?idDoc=1227>.





L'atto di approvazione della nuova proposta di organizzazione dell'IZSLER è allegato al presente Piano (Allegato B).

3.3.4 Gli strumenti di controllo

In assenza di un sistema di *auditing* interno e di una struttura ad esso dedicata, l'attività di controllo e verifica è svolta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo per gli ambiti di rispettiva competenza. I due Direttori, per l'espletamento di detta funzione, si avvalgono, oltre che del Controllo di Gestione, del Servizio Assicurazione Qualità e dei Sistemi Informativi, di tutte le informazioni dirette ed indirette derivanti dalle interpretazioni incrociate delle attività.

Controllo di gestione

Ai sensi del Decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286 recante "*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della L. 15 marzo 1997, n.59*", al controllo di gestione compete la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati. Le attività del controllo di gestione "*[...] sono svolte da strutture e soggetti che rispondono ai dirigenti posti al vertice dell'unità organizzativa interessata [...]*".

In particolar modo, il controllo di gestione dell'IZSLER effettua le seguenti attività: *report* analitici su richiesta delle Direzioni, tariffario prestazioni di laboratorio e controllo prezzi articoli in vendita.

Servizio Assicurazione Qualità

Il Servizio Assicurazione Qualità si occupa di definire i processi aziendali e di certificarne la qualità.

Sistemi Informativi

L'U.O. Sistemi Informativi ha, tra gli altri, i seguenti compiti:

- definizione metodologie processi informatici a supporto dei processi aziendali
- *change management*
- definizione degli strumenti a supporto dello sviluppo e della gestione
- verifica della coerenza dell'architettura e sviluppo con strategie aziendali
- verifica della coerenza della messa in servizio con metodologia definita
- verifica della coerenza acquisti con le strategie aziendali

- monitoraggio della qualità dei dati.

Ulteriori controlli interni

Rappresentano ulteriori sistemi di controllo:

- La **valutazione strategica**, effettuata dalla Direzione aziendale, finalizzata a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti;
- Il **controllo di regolarità amministrativa e contabile** da parte del Collegio dei Revisori dei Conti di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n.123 e successive modifiche ed integrazioni;
- Gli **ulteriori controlli di regolarità amministrativa e contabile effettuati sugli atti dell'Ente**: il visto di regolarità contabile per i provvedimenti che comportano costi e/o ricavi, il visto di regolarità tecnica del dirigente proponente l'adozione dei provvedimenti amministrativi, il parere sulla completezza istruttoria reso dai responsabili del procedimento, il parere tecnico del Direttore Sanitario sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale ed il parere di legittimità del Direttore Amministrativo sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale e dal Consiglio di Amministrazione;
- La **misurazione e valutazione della performance** e la **valutazione dei dirigenti** svolte dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;

Al fine dell'effettiva attuazione dei sistemi di controllo interni, gli elenchi di tutte le determinazioni dirigenziali sono trasmessi periodicamente ai tre Direttori ed al Collegio dei Revisori dei Conti; gli elenchi dei decreti del Direttore Generale al Consiglio di Amministrazione ed ai Revisori dei Conti; gli elenchi dei provvedimenti del Consiglio di Amministrazione al Collegio dei Revisori dei Conti.

Controlli successivi

La vigilanza ed il controllo sugli organi e sull'attività dell'Istituto sono esercitate di concerto fra la Giunta Regionale della Lombardia e la Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna, per quanto di competenza delle Regioni stesse. Sono soggette a controllo

le deliberazioni con cui è approvato:

- a) lo statuto e le relative modifiche;
- b) l'atto di organizzazione aziendale, la graduazione delle posizioni dirigenziali e il fabbisogno di personale;
- c) il piano pluriennale delle attività e degli investimenti;
- d) il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio d'esercizio;
- e) il tariffario delle prestazioni erogate a titolo oneroso;
- f) l'istituzione di una nuova sezione ovvero la soppressione di una già esistente;
- g) la costituzione di associazione con altri Istituti zooprofilattici.

Sono inoltre trasmessi alla Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo della Lombardia gli atti di affidamento di incarichi ad esterni, ai sensi dell'art. 1, comma 11, della Legge n. 311 del 30 dicembre 2014, recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*”.

3.3.5 Personale

Si riportano di seguito i dati più significativi relativi al personale dell'IZSLER.

Comparto

categoria	Tempo indeterminato	Tempo determinato
A	2	0
B	90	0
C	242	8
D (D + DS)	170	2

Dirigenza

	Tempo indeterminato	Tempo determinato
dirigenti	115	5

3.3.6 Eventi rilevati nel 2016

Di seguito sono riportati gli eventi di particolare rilevanza in materia di rischi corruttivi che hanno interessato l'IZSLER nell'anno 2016.

Audit regionale

A seguito di alcune segnalazioni anonime, il Responsabile del sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e *privacy officer* di Regione Lombardia, d'intesa con il responsabile della corrispondente struttura della Regione Emilia Romagna, ha avviato una sorveglianza amministrativa nei confronti dell'IZSLER in merito alle seguenti tematiche:

- gestione auto aziendali;
- reclutamento personale dipendente, conferimento di incarichi professionali e assegnazione borse di studio;
- contratti per i Servizi Informatici;
- regolamento e costi di gestione della foresteria dell'Istituto;
- convenzioni attive e procedure interne per la contrattualistica e i convenzionamenti;
- gestione delle commissioni esaminatrici interne;
- attività di controllo ufficiale e di autocontrollo (procedure, tariffario, imprese controllate, numero di controlli, eventuali controlli NAS, presidi organizzativi volti ad evitare il conflitto di interessi);
- contributo a sostegno del sistema di noleggio biciclette "Bici Mia" erogato a favore del Comune di Brescia.

L'ispezione regionale è stata accompagnata da una visita *in loco* agli stabulari della sede di Brescia ed al Reparto di produzione primaria.

Sede di Brescia

L'IZSLER ha attivato una procedura disciplinare nei confronti di due dirigenti interessati da indagini di polizia giudiziaria.

Sede di Brescia

Ispezione presso lo stabulario della sede di Brescia, su incarico dell'U.O. Veterinaria Regione Lombardia, finalizzata a verificare il rispetto delle norme sulla gestione degli stabulari.

Sede di Brescia

Ispezione presso il Reparto produzione primaria della sede di Brescia, su incarico dell'U.O. Veterinaria Regione Lombardia, finalizzata a verificare le procedure interne relative al corretto svolgimento del processo di analisi e sul dato analitico.

Il Reparto è stato inoltre destinatario di richiesta di documenti da parte della Guardia di Finanza del Comando Provinciale di Brescia per indagini relative ad analisi sulle aflatossine nel latte.

3.3.7 Provvedimenti messi in atto a seguito degli eventi rilevati nel 2016

A seguito dell'*audit* regionale sono state adottate dalla Direzione le seguenti misure:

- Verifica da parte della Direzione e dell'U.O. Gestione del Personale dell'adeguata motivazione delle richieste di individuazione degli idonei per l'affidamento delle borse di studio;
- Revisione del regolamento sull'utilizzo delle auto aziendali;
- Adeguamento degli stabulari, in ossequio alle osservazioni espresse in sede di verifica ispettiva;
- Verifica a campione da parte della Direzione sugli incarichi extra-istituzionali dei dipendenti;
- Invio mensile alla Regione Lombardia dell'elenco degli esiti di analisi eseguite per conto di privati che possono configurare un potenziale rischio per la salute pubblica;
- Richiesta ai dirigenti di struttura complessa di rendicontazione semestrale delle denunce effettuate ai sensi del DPR 8 febbraio 1954, n. 320, recante "*Regolamento di polizia veterinaria*", e ss.mm.ii;
- Verifica a campione da parte della Direzione delle missioni dei dirigenti.

3.3.8 Correlazione tra analisi del contesto e misure di prevenzione della corruzione

La disamina operata in ordine al contesto interno ed esterno ha il fine ultimo di permettere una analisi completa delle attività svolte da ciascuna struttura dell'IZSLER e di consentire, in particolare, attraverso l'esatta mappatura di tutti i processi, l'identificazione di quelle aree che, in ragione della loro natura e delle loro peculiarità, risultano - anche solo potenzialmente - esposte a rischi corruttivi.

Soltanto un'analisi di questo tipo, che tenga conto dell'organizzazione di un ente e del contesto in cui opera, permette di inquadrare i singoli processi in maniera corretta, sia nell'ambito delle aree di rischio obbligatorie e generali, già definite dal PNA, sia nelle c.d. "aree specifiche" proprie di ciascuna realtà.

Oltre alle aree obbligatorie e generali individuate nel PNA, ogni amministrazione ha, infatti, ambiti di attività peculiari, corrispondenti ad aree di rischio ulteriori, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto. Tali ambiti non sono meno rilevanti o meno esposti al rischio di quelle precedenti, ma si differenziano da queste ultime per la loro presenza in relazione alle caratteristiche tipologiche delle singole amministrazioni.

Concorrono all'individuazione delle "aree di rischio specifiche", i seguenti fattori:

- la mappatura complessiva dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione;
- episodi di cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in amministrazioni dello stesso settore di appartenenza dell'IZSLER;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili delle strutture;
- incontri (o altre forme di interazione) con i portatori di interesse esterni;
- aree di rischio già identificate da amministrazioni similari per tipologia e complessità organizzativa.

Per gli enti del SSN, in considerazione delle attività svolte, vi sono aree a rischio specifiche che non sono individuate negli altri comparti della pubblica amministrazione.

L'aggiornamento del PNA di ottobre 2015 ha previsto, a titolo esemplificativo, un elenco di aree a rischio specifiche per gli enti del SSN. Tali aree, tuttavia, in

ragione delle peculiarità degli II.ZZ.SS, non risultano esattamente applicabili ai settori di competenza degli Istituti Zooprofilattici (si pensi alle aree “rapporti contrattuali con privati accreditati” e “attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero”).

A tale proposito, va sottolineato che l'attività prevalente degli II.ZZ.SS. riguarda: l'attività laboratoristica e, all'interno di questa, l'attività diagnostica; l'attività di ricerca negli ambiti di competenza.

Alla luce dell'analisi del contesto, dei compiti e delle funzioni istituzionali, sono individuate per l'IZSLER le seguenti aree di rischio specifiche:

- Erogazione di prestazioni di laboratorio a supporto dell'autorità sanitaria e di privati;
- Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati, di dispositivi diagnostici e altre tecnologie.

4 Struttura di riferimento

4.1 Gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione

Sono elencati di seguito gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione con la descrizione dei rispettivi compiti, nonché delle reciproche relazioni. Questi soggetti compongono la struttura di riferimento, ossia l'insieme di coloro che devono fornire le fondamenta e gli strumenti per progettare, attuare, monitorare, riesaminare e migliorare in modo continuo il sistema di prevenzione del rischio corruzione nell'IZSLER.

4.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 28, comma 2, del vigente Statuto dell'Ente, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5 del 30 maggio 2016 ed entrato in vigore il 18 luglio 2016, *“il Consiglio di Amministrazione, su proposta del Direttore Generale, individua il responsabile della prevenzione della corruzione e il responsabile della trasparenza dell'Istituto, approva i piani relativi e prende atto delle relazioni descrittive dell'attività svolta in corso d'anno”*.

Il D. Lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 modifiche tese a rafforzare le funzioni degli organi di indirizzo e del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'organo di indirizzo politico, in base alla vigente normativa statale e regionale, nonché al PNA:

a) nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;

b) definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Gli obiettivi strategici sono contenuti imprescindibili del PTPCT: il Consiglio di Amministrazione individua detti obiettivi nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione di tutto l'Ente alla costruzione del sistema di prevenzione. Coerentemente a quanto disposto dall'art. 10, comma 3, del D. Lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del D. Lgs. 97/2016, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico dell'IZSLER;

c) adotta il Codice di Comportamento;

d) adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (e i suoi aggiornamenti annuali), su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione;

e) riceve la relazione annuale del RPCT, può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;

f) detta indirizzi applicativi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

4.3 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'IZSLER, nominato con

deliberazione del Direttore Generale n. 122 adottata in data 8 marzo 2012 e rinnovato da ultimo con decreto del Direttore Generale n. 69 del primo marzo 2016, è composto da un collegio di tre esperti esterni.

Il Nucleo, in qualità di soggetto con funzioni analoghe a quelle previste per gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), riveste un ruolo fondamentale nel sistema di gestione della *performance*, svolgendo i compiti previsti dall'articolo 14 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150, recante “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”⁴. In particolare, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni valida la relazione sulle *performance*, di cui all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propone all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza di cui all'art. 14, comma 1, lett. g) del D. Lgs. 150/2009.

In esecuzione delle modifiche che il D. Lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 risultano decisamente rafforzate le funzioni del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'IZSLER, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D. Lgs. 33/2013, il Nucleo verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nel Piano delle *performance* e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. In rapporto a tali obiettivi il Nucleo verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette allo stesso Nucleo, oltre che al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012. Nell'ambito di

⁴ In particolare l'Organismo Indipendente di Valutazione “[...] a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso; b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica [...]; c) valida la Relazione sulla performance [...] ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione; d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità; e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III; f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'articolo 13; g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo; h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità [...]”.

tale verifica il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-*bis*, L. 190/2012).

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento diretto del Nucleo, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 del D. Lgs. 33/2013).

Il Nucleo riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, comma 7, L. 190/2012).

Il Nucleo esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'IZSLER (art. 54, comma 5, D. Lgs. n. 165/2001).

L'ANAC ha la possibilità di coinvolgere il Nucleo per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

4.4 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza

4.4.1 La nomina

Il Consiglio di Amministrazione, con la deliberazione n. 7 del 5 luglio 2016, previa verifica di quanto richiesto dal PNA sui requisiti e sull'assenza di cause ostative, ha nominato la Dott.ssa Laretta Cocchi, nella sua qualità di dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali e Legali e dell'U.O. Progetti di ricerca, Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT), unificando i ruoli di responsabile di prevenzione della corruzione e di responsabile della trasparenza dell'IZSLER.

La più volte richiamata deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 7/2016 – coerentemente a quanto previsto dal PNA 2016 – ha disposto altresì l'assegnazione a favore del RPCT dell'IZSLER di risorse umane per l'effettivo esercizio delle funzioni affidategli, le cui procedure di reclutamento sono in corso. Solo l'effettiva costituzione di una struttura organizzativa deputata consentirà di assicurare al RPCT il necessario supporto per il corretto ed efficace espletamento delle funzioni di prevenzione della corruzione e per l'esercizio dei compiti indicati al paragrafo successivo.

In particolare, il PNA 2016 prevede: *“Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41*

del d.lgs. 97/2016, l'organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT.

È, dunque, altamente auspicabile, da una parte, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Dall'altra, che vengano assicurati al RPCT poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione nell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ferma restando l'autonomia di ogni amministrazione o ente, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit, alle strutture che curano la predisposizione del piano della performance). A tal riguardo, è opportuno prevedere un'integrazione di differenti competenze multidisciplinari di supporto al RPCT. Nel PTPC sono esplicitate le soluzioni organizzative adottate in tal senso.

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPCT è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal d.lgs. 97/2016. In tale contesto il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno)».

La Dott.ssa Laretta Cocchi ha assunto le funzioni di RPCT dell'IZSLER in data 12 dicembre 2016 con la sottoscrizione del relativo atto integrativo dell'incarico di dirigente responsabile dell'U.O. Affari Generali e Legali. La funzione di RPCT affidata alla Dott.ssa Laretta Cocchi è, infatti, integrativa degli incarichi dirigenziali

attualmente alla stessa affidati e terminerà con la scadenza di questi ultimi fissata ad oggi per il 30 aprile 2017. In data 13 dicembre 2016 il nominativo del RPCT è stato comunicato all'ANAC, come richiesto dalla vigente normativa.

Precedentemente la funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata espletata dal Direttore Generale, Prof. Stefano Cinotti, nominato con provvedimento del Collegio Commissariale n.3 del 26 marzo 2013. Il Prof. Stefano Cinotti ha rassegnato le dimissioni da RPC il 22 febbraio 2016. Il Consiglio di Amministrazione con la deliberazione n.7 del 5 luglio 2016 ha preso formalmente atto delle succitate dimissioni ed ha disposto la revoca dell'incarico assegnato dal Collegio Commissariale nel 2013.

La funzione di responsabile della Trasparenza, fino alla data dell'11.12.2016 di assunzione della funzione di RPCT da parte della Dott.ssa Laretta Cocchi, è stata svolta dal Direttore Amministrativo, Dott. Giovanni Ziviani.

4.4.2 I compiti

I compiti del RPCT sono di seguito elencati:

a. in base a quanto previsto dalla L. 190/2012, il RPCT deve:

- elaborare la proposta di Piano, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione (art. 1, comma 8); i contenuti del Piano, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del responsabile, sono distintamente indicati nel comma 9 dell'art. 1 della richiamata legge;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8);
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);

- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, a partire dai dipendenti chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base del Piano, il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. c);
- riferire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lo valuta opportuno (art. 1, comma 14);
- trasmettere, entro il 15 dicembre di ogni anno al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed al Consiglio di Amministrazione una relazione, recante i risultati dell'attività svolta, con pubblicazione della stessa nel sito *web* dell'amministrazione (art. 1, comma 14).

b. in base a quanto previsto dal D. Lgs. 39/2013, il RPCT in particolare deve:

- vigilare sulla applicazione delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, con il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità (art. 15, comma 1);
- segnalare i casi di possibili violazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini delle funzioni di cui alla L. 20 luglio 2004, n. 215, recante "*Norme in materia di risoluzione dei conflitti di interessi*" nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, comma 2).

c. in base a quanto previsto dall'art. 15 del DPR 62/2013, il RPCT deve:

- curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione;
- effettuare il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- provvedere a pubblicare sul sito istituzionale ed a comunicare all'Autorità Nazionale Anticorruzione i risultati del monitoraggio.

d. in base a quanto previsto dal D. Lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal D. Lgs. 97 del 2016, il RPCT in particolare deve, ai sensi dell'art.43:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (comma 1);

- assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (comma 1);
- segnalare al Consiglio di Amministrazione, al Nucleo di valutazione delle Prestazioni, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (comma 1);
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, anche in sede di riesame, sulla base di quanto stabilito dal suddetto decreto, ed in particolare dagli articoli 5, 5-bis e 9-bis (comma 4).

Sulla base di quanto indicato nel PNA 2016: “Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, co. 1 lett. l-bis) l-ter) e l-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Un modello a rete, quindi, in cui il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione”.

Il RPCT dell'IZSLER si avvale, non solo nelle fasi di programmazione delle misure di prevenzione, ma anche nelle attività di monitoraggio e controllo, di tutti i soggetti della Struttura di riferimento, in modo particolare dei dirigenti di struttura; dei sistemi di controllo interno e dei flussi informativi ad esso rivolti.

In ordine alla durata dell'incarico di RPCT, il Piano Nazionale 2016 prevede quanto riportato di seguito.

“A garanzia dello svolgimento delle funzioni del RPCT in condizioni di autonomia e indipendenza, occorre considerare anche la durata dell'incarico di RPCT che deve essere fissata tenendo conto della non esclusività della funzione. Il RPCT, infatti, come anticipato, può essere un dirigente che già svolge altri incarichi all'interno dell'amministrazione. La durata dell'incarico di RPCT in questi casi, dunque, è correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale

già svolto. Nelle ipotesi di riorganizzazione o di modifica del precedente incarico, quello di RPCT è opportuno che prosegua fino al termine della naturale scadenza del contratto legato al precedente incarico (o di quella che sarebbe dovuta essere la naturale scadenza) e, comunque, in coerenza di quanto previsto nel PTPC”.

4.5 Gruppo di supporto

Ai sensi del PNA 2016, “è opportuno prevedere un’integrazione di differenti competenze multidisciplinari di supporto al RPCT. Nel PTPC sono esplicitate le soluzioni organizzative adottate in tal senso”.

Il Gruppo di Supporto è costituito dai seguenti componenti:

- il Direttore Amministrativo
- il Direttore Sanitario
- il dirigente responsabile dell’UO Gestione del Personale, Ufficio Procedimenti Disciplinari e Servizio Ispettivo
- un dirigente del Servizio Assicurazione Qualità (Dott.ssa Mascher Annalia Giuseppina)
- il dirigente responsabile dei Sistemi Informativi
- il Controllo di Gestione (Dott. Possenti Riccardo)
- un dirigente esperto in appalti (Dott.ssa Marino Maria)
- n°3 dirigenti sanitari (Dott.ssa Arrigoni Norma, Dott. Merialdi Giuseppe, Dott. Paterlini Franco);

Al Gruppo di supporto sono attribuiti i seguenti compiti:

- supporto e collaborazione stabile e permanente con il RPCT per gli adempimenti relativi all’anticorruzione ed alla trasparenza;
- coordinamento delle attività delle rispettive strutture, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- disamina delle problematiche di tipo organizzativo ed informatico connesse ai temi della trasparenza e dell’anticorruzione;
- supporto e collaborazione stabile e permanente con il RPCT per l’applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza e accesso civico con particolare riferimento all’applicazione omogenea degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione;

- analisi dei *report* di monitoraggio e indicazioni per il continuo miglioramento delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il Gruppo di Supporto collabora inoltre con tutti i soggetti della struttura di riferimento in termini di valutazioni, pareri, proposte e contributi conoscitivi, con riferimento, a titolo esemplificativo, alla definizione degli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e la trasparenza; alla definizione della proposta del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; alla proposta ed elaborazione di revisione annuale del Piano; all'individuazione delle priorità di azione in materia di anticorruzione e trasparenza; alla comunicazione degli esiti dei monitoraggi sul grado di attuazione delle misure di prevenzione nelle varie strutture organizzative; alle proposte di revisione delle misure; ecc.

Al gruppo di supporto sono inoltre affidate le seguenti attività:

1. analisi dettagliata del contesto esterno, con particolare riguardo ai fattori che possono incidere in misura rilevante sul fenomeno corruttivo (variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche);
2. definizione di un catalogo dei rischi più ampio individuato da ciascun dirigente di struttura complessa, abbinando i rischi ai processi e analisi delle cause/fattori abilitanti degli eventi rischiosi;
3. verifica di tutti i processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nel PNA descritti e rappresentati in maniera puntuale;
4. individuazione di aree di rischio "ulteriori" e analisi dettagliata e puntuale dei singoli processi (e/o adeguata argomentazione della non sussistenza di ulteriori macro processi a rischio);
5. identificazione puntuale delle responsabilità organizzative (a livello dettagliato, sia per i processi/macro processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nel PNA sia anche per ulteriori processi/macro processi);
6. avvio di un sistema di monitoraggio basato non solo sulle informazioni fornite dai Referenti o dai responsabili di struttura, ma anche su sistemi di controllo interno.

Il precedente RPC, per l'avvio della sua attività, si era dotato del supporto di un Gruppo di Lavoro (paragrafo 3.2, pagina 10, del Piano 2016-2018). A partire

dalla data di adozione del presente Piano, il Gruppo di Lavoro precitato cessa ogni funzione ed è sostituito dal Gruppo di Supporto di cui al presente paragrafo.

4.6 I "Referenti per la Trasparenza e l'accesso civico"

In considerazione dell'organizzazione dell'IZSLER, su proposta della Direzione e del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, si è ritenuto opportuno creare un gruppo operativo quale rete di "Referenti per la Trasparenza e l'accesso civico" (di seguito semplicemente "Referenti") individuati dai dirigenti delle rispettive strutture.

I referenti sono indicati nella seguente tabella:

Struttura	Referenti
U.O. Economico Finanziaria	Simona Annoni
Formazione, Biblioteca e CdRN per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria	Luisa Garau
U.O. Provveditorato, Economato e Vendite	Maria Lomboni (supplente Simona Gusmeri)
Segreteria delle Direzione	Michele Lanzi
U.O. Tecnico Patrimoniale	Elisabetta Pedrini – Daniela Armellini
U.O. Gestione del personale	Giorgio Minelli – Elena Olivini
U.O. Affari Generali e Legali e U.O. Progetti di Ricerca	Roberta Billé
U.O. Sistemi Informativi	Giorgio Bontempi
Controllo di Gestione	Simone Cominelli

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dalle diverse strutture in tema di trasparenza ed accesso civico.

I Referenti garantiscono il necessario supporto ai Dirigenti Responsabili di Struttura e al RPCT, per permettere il corretto espletamento delle loro funzioni, fermo restando che il corretto adempimento degli obblighi in materia di trasparenza è in capo ai Dirigenti Responsabili di Struttura. In particolare, con riferimento alla struttura organizzativa di riferimento, i Referenti:

- curano la raccolta e/o la pubblicazione dei dati e delle informazioni previsti dal Piano, fornendo il necessario supporto ai colleghi della propria struttura;
- forniscono supporto al RPCT nelle attività di monitoraggio e di controllo previste in tema di trasparenza ed accesso civico;
- collaborano nell'assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico;
- assicurano la regolarità e la tempestività dei flussi informativi per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano ed i relativi aggiornamenti.

4.7 I dirigenti responsabili di struttura

Per dirigenti responsabili di struttura si intendono:

- I dirigenti responsabili di struttura complessa;
- I dirigenti responsabili di strutture in staff alle Direzioni;
- I dirigenti di articolazioni aziendali, non afferenti alle strutture complesse, comunque dotate di autonomia.

I Dirigenti Responsabili di Struttura, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, con riferimento alla struttura organizzativa di propria competenza, svolgono i seguenti compiti:

a) forniscono a tutti gli attori del sistema di prevenzione del rischio dell'IZSLER le necessarie informazioni per permettere loro il corretto espletamento delle funzioni;

b) partecipano attivamente al processo di elaborazione e gestione del rischio, effettuando in particolare le seguenti attività:

- mappatura dei processi;
- individuazione e valutazione del rischio corruzione nei singoli processi mappati e loro fasi;
- individuazione e proposta di misure idonee alla prevenzione del rischio;

c) applicano le misure di prevenzione e gli obblighi di pubblicazione indicati nel Piano;

d) effettuano il monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture;

e) vigilano sull'osservanza, oltre che del Codice disciplinare, del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e del Codice di comportamento dell'IZSLER, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 41 del 4 febbraio 2014, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;

f) rispettano le prescrizioni del D. Lgs. 39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità per le tipologie di incarico ivi previste, assicurando, nelle rispettive strutture, i controlli tempestivi delle dichiarazioni sostitutive;

g) segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di anticorruzione, trasparenza ed accesso civico;

h) curano e supervisionano i controlli nelle aree di rispettiva competenza.

Il ruolo svolto dai dirigenti responsabili di struttura è di fondamentale importanza per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi del presente Piano; i loro compiti in tale ambito si configurano come sostanziali alla funzione dirigenziale svolta e strettamente integrati con le relative competenze tecnico-gestionali.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e se ne deve tenere conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

4.8 I dipendenti

Al fini del presente Piano, per dipendenti si intendono tutti i dipendenti dell'IZSLER con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale o con impegno ridotto, di tutti i ruoli od aree di competenza.

La violazione dei compiti previsti dal presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche dirigenziale.

I dipendenti sono tenuti a:

a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se ed in quanto coinvolti;

b) osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di

Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento di cui al DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;

d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione;

e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento aziendale e nella “*Whistleblowing policy*” dell’IZSLER, approvata con decreto del Direttore Generale n. 378 del 5 dicembre 2014, nella quale sono specificate le modalità di gestione della denuncia/segnalazione.

4.9 I collaboratori

Ai fini del Piano per collaboratori si intendono i soggetti non rientranti nella categoria dei dipendenti che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l’IZSLER (a titolo esemplificativo, borsisti, tirocinanti, consulenti, ecc.). I collaboratori sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in quanto ad essi applicabili.

4.10 Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L’Ufficio Procedimenti Disciplinari svolge i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (art. 55 D. Lgs. 165/01), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’autorità giudiziaria e collabora con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione all’aggiornamento del Codice di Comportamento.

4.11 Il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA) e il Gestore delle Segnalazioni Sospette

In applicazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ed al fine di assicurare l’effettivo inserimento dei dati nell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti, il Direttore Generale, con atto registrato al protocollo generale dell’ente al n. 130 del 3 gennaio 2017, ha nominato il dirigente responsabile dell’U.O. Provveditorato, Economato e Vendite, dott.ssa Maria

Marino, “Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante” (RASA) dell’IZSLER. L’inserimento del nominativo del RASA all’interno del Piano è espressamente richiesto, come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione, dalla determinazione ANAC n. 831 del 3.8.2016.

Con atto registrato al protocollo generale dell’ente al n. 131 del 3.1.2017, il Direttore Generale ha nominato il dott. Giovanni Ziviani, in qualità di responsabile *ad interim* dell’U.O. Economico Finanziaria, “Gestore delle segnalazioni sospette” ex decreto del Ministero dell’Interno 25 settembre 2015.

Entrambi i predetti incarichi sono svolti in coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

5 Le Responsabilità

5.1 Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT

Il RPCT ha considerevoli responsabilità ai sensi di legge. In particolare, l’art. 1, comma 12, della L. 190/2012 prevede l’imputazione di una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa in capo al RPCT nel caso un soggetto dell’Ente subisca una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato. La responsabilità è esclusa solo se il responsabile della prevenzione provi entrambe le circostanze sotto riportate:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dello stesso articolo 1 della L.190/2012;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull’osservanza del piano.

La responsabilità disciplinare, a carico del RPCT, “*non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi*”.

L’art. 1, comma 14, della stessa L. 190/2012, come modificato, precisa poi che:

“In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell’articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive

modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano....”.

In ogni caso, la responsabilità del RPCT deve essere valutata anche alla luce dell'effettiva implementazione del Gruppo di supporto che gli sia stato assegnato.

5.2 La responsabilità dei dirigenti

Per garantire efficacia al sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione risulta fondamentale la collaborazione dei dirigenti responsabili di struttura, per le loro competenze professionali e la loro esperienza. Tra gli strumenti tecnico-gestionali per l'esercizio del proprio ruolo, i dirigenti devono contemplare anche quelli previsti per la prevenzione della corruzione dalla legge e dal presente Piano, integrando le proprie competenze.

Peraltro, i dirigenti responsabili di struttura in caso di violazione dei compiti di loro spettanza, rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e disciplinare. I dirigenti individuati quali “titolari del rischio”, se non attuano la misura di prevenzione prevista, nel rispetto dei termini, sono chiamati a risponderne disciplinarmente e anche in termini di responsabilità dirigenziale, nell'ambito della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

5.3 La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione indicate nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti. L'art. 8 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) precisa che “*la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare*”.

Pertanto il dipendente che non osserva le misure del Piano incorre in un illecito disciplinare. Tra le misure da osservare si evidenziano, in particolare, a mero titolo esemplificativo:

a) la partecipazione ai percorsi di formazione predisposti sui Codici di comportamento, sul PTPCT e sulle misure di contrasto all'illegalità e ai fenomeni

corruttivi;

b) la pubblicazione delle informazioni di cui al D. Lgs. n. 33/2013, fatta salva in ogni caso la responsabilità dirigenziale;

c) l'osservanza degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e del RPCT, formalizzati in appositi atti, per l'attuazione delle misure obbligatorie o ulteriori.

PARTE II - PROGRAMMAZIONE

6 Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2017-2019

Il Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER intende contrastare la "corruzione" all'interno della propria organizzazione introducendo misure che perseguano le seguenti finalità:

1. Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione

attraverso una adeguata applicazione del sistema di prevenzione basato sui principi di risk management, la distinzione strutturale e funzionale fra attività istituzionale e attività privatistica, la revisione delle procedure relative al conferimento degli incarichi extra-istituzionali, etc.

2. Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione

mediante la creazione di una banca dati per il monitoraggio degli incarichi extra-istituzionali, l'implementazione di sistemi di controllo interni, etc.

3. Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione

attraverso un adeguato sistema di formazione e di sensibilizzazione del personale a ciascun livello dell'organizzazione aziendale, ecc.

Il perseguimento delle finalità di cui sopra è attuato attraverso l'individuazione di:

- **obiettivi strategici** – così definiti per la loro incidenza innovativa e/o strutturale sull'organizzazione dell'Ente;
- **obiettivi operativi** - in quanto declinazione degli obiettivi strategici ovvero attinenti all'ordinaria attività del RPCT e dei dirigenti di struttura (e pertanto non necessariamente correlati agli obiettivi strategici) per l'attuazione delle misure già implementate in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il raggiungimento degli obiettivi strategici avviene in un arco temporale a medio-lungo termine attraverso il raggiungimento di più obiettivi operativi.

Gli obiettivi strategici dell'IZSLER per il triennio 2017-2019 finalizzati a

contrastare ed a prevenire il fenomeno corruttivo sono:

- **Attuazione della distinzione strutturale e funzionale fra attività istituzionale e attività privatistica;**
- **Informatizzazione dell'intero Sistema di Gestione del Rischio e di rendicontazione delle misure adottate;**
- **Definizione dei Sistemi di controllo interni di prevenzione e contrasto alla corruzione;**
- **La trasparenza totale e il nuovo accesso civico: *accountability* e qualità dei servizi**

6.1 Il Piano Triennale della Performance

Gli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza sono riportati nel Piano Triennale della *Performance* organizzativa e individuale, all'interno dell'apposita sezione 8 "*Amministrazione Trasparente e Anticorruzione*".

Nel Piano delle *Performance*, l'attuazione della misura di prevenzione della corruzione e della trasparenza deve essere qualificata come obiettivo oggetto di valutazione per il dirigente responsabile della struttura.

6.2 Il Piano Formativo

Nel Piano Formativo, approvato con riferimento ad ogni anno, devono essere espressamente declinate, in un'apposita Area, tutte le iniziative formative decise dal RPCT, per l'anno di riferimento, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

I criteri di base cui attenersi nella programmazione di dettaglio sono:

a) effettuare iniziative di carattere generale, di aggiornamento sulle tematiche dell'etica e della legalità, con particolare riferimento ai contenuti dei Codici di comportamento e del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, rivolte a tutti i dipendenti dell'ente, a qualsiasi livello appartengano, a partire dai neo-assunti, nel cui percorso formativo di inserimento deve essere previsto un apposito modulo di illustrazione dei Codici di comportamento nazionale e

aziendale e del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

b) attuare iniziative formative specifiche per ciascuno dei soggetti della struttura di riferimento in ragione delle rispettive competenze (RPCT e suoi collaboratori, Gruppo di supporto, Referenti, dirigenti e personale addetto a processi inseriti in Aree a rischio). Queste iniziative devono riguardare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione e per assicurare la regolare attuazione del nuovo accesso civico generalizzato, e devono essere declinate tenendo conto dei ruoli ricoperti dai singoli;

d) individuare il personale da inserire nei percorsi formativi di carattere specifico, tenendo conto prioritariamente dei processi a maggior rischio corruzione, come individuati in sede di applicazione e aggiornamento del Piano;

e) coinvolgere in attività di docenza dirigenti e funzionari interni, laddove siano disponibili all'interno dell'Amministrazione operatori con adeguate competenze professionali;

f) verificare il grado di soddisfazione delle iniziative formative da parte dei partecipanti e raccogliere eventuali suggerimenti di approfondimento o miglioramento.

PARTE III – AREE A RISCHIO E MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

In questa sezione del Piano, in via preliminare, vengono descritte le Aree a rischio corruzione generali e specifiche, che saranno prese a riferimento per il triennio 2017-2019. Per la prima volta, il presente Piano individua, a differenza dei precedenti, Aree a rischio specifiche.

Questa parte è altresì dedicata alla descrizione dello stato dell'arte in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza in IZSLER, a seguito delle misure attuate, negli ultimi tre anni, in esecuzione dei precedenti Piani adottati con provvedimenti del Direttore Generale n. 35 del 24 gennaio 2014, n. 42 del 29 gennaio 2015 e n. 31 del 26 gennaio 2016.

Verranno descritte, infine, le misure individuate per il triennio 2017-2019.

7 Individuazione delle aree a rischio corruzione

Per “Aree” si intendono aggregati omogenei di processi, come definiti nel presente Piano.

Le “Aree a rischio corruzione” sono quegli aggregati considerati, in base alle informazioni disponibili e desumibili dall'analisi di contesto, maggiormente esposti al rischio corruzione.

Le “Aree a rischio corruzione”, secondo la determinazione ANAC n. 12 del 2015, non modificata dal PNA 2016, si distinguono in “Generali”, riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e “Specifiche”, quelle che le singole Amministrazioni individuano, in base alla tipologia di ente di appartenenza, al contesto, esterno e interno, in cui si trovano ad operare ed ai conseguenti rischi correlati.

7.1 Aree a rischio “generali” e “specifiche”

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2013, pur evidenziando che le Aree a rischio corruzione variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla singola amministrazione, individua aree a rischio comuni, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte. Rientrano in tali Aree quelle categorie di attività che, per le loro caratteristiche, devono essere necessariamente presidiate.

Queste sono già indicate all'art. 1, comma 16, della L. n. 190/2012, che recita: *“Fermo restando quanto stabilito nell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, [...] le pubbliche amministrazioni assicurano i livelli essenziali di cui al comma 15 del presente articolo con particolare riferimento ai procedimenti di: a. autorizzazione o concessione; b. scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, [...]; c. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d. concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009.”*

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 ha derivato, da tale disposizione, quattro Aree a rischio corruzione:

1. Acquisizione e progressione del personale;
2. Affidamento di lavori, servizi e forniture;
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Ciascuna di queste Aree è stata a sua volta articolata in sotto-aree.

Con la determinazione n. 12 del 2015, in sede di modifica del PNA, l'ANAC ha stabilito che, a parte le Aree sopra citate, *“vi sono attività svolte in gran parte delle amministrazioni ed enti, a prescindere dalla tipologia e dal comparto, che sono riconducibili ad aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi”*.

Queste ulteriori Aree sono:

- 1 Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio;
- 2 Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni;
- 3 Incarichi e nomine;
- 4 Affari legali e contenzioso.

Assieme alle quattro Aree già denominate dal PNA 2013 come “obbligatorie”, queste ulteriori quattro Aree vanno a comporre, secondo i nuovi indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, le Aree c.d. “generalі”.

L’Area a rischio generale inerente i contratti pubblici è stata oggetto di un particolare approfondimento da parte dell’ANAC e merita pertanto particolare attenzione. Gli interventi dell’ANAC sono finalizzati all’individuazione di misure specifiche di prevenzione della corruzione, in ragione delle criticità ricorrenti riscontrate dalla stessa Autorità nell’ambito delle Pubbliche Amministrazioni. In particolare, le criticità riscontrate riguardano:

- assenza di una visione strategica complessiva del processo di approvvigionamento;
- assenza di una appropriata descrizione del processo, mediante puntuale articolazione delle fasi e dei relativi processi, rilevanti ai fini dell’esatta individuazione del rischio e delle connesse misure di prevenzione;
- assenza di un’adeguata analisi di contesto interno ed esterno con riferimento all’area specifica (mancata rilevazione dei possibili conflitti di interesse, del numero di contenziosi, ecc.).

Partendo dalla segnalate criticità, ANAC ha fornito indicazioni sulla metodologia di gestione del rischio da adottare per l’area di rischio dei contratti pubblici, richiedendo alle amministrazioni di:

- effettuare una vera e propria autoanalisi organizzativa, preferibilmente su base triennale, che consenta di “fotografare” lo stato di servizio, al fine di individuare criticità e punti di forza in funzione della pianificazione delle conseguenti misure di intervento;
- di procedere alla scomposizione del sistema di affidamento prescelto nelle seguenti fasi:
 1. programmazione
 2. progettazione
 3. selezione del contraente
 4. verifica dell’aggiudicazione e stipula del contratto
 5. esecuzione e rendicontazione
- di individuare i processi ed eventi rischiosi per ciascuna fase e programmare le misure di prevenzione.

Negli ultimi anni il processo di approvvigionamento ha subito una profonda trasformazione. La costituzione delle centrali di committenza a livello nazionale e l'avvio dei lavori dei soggetti aggregatori di cui all'art. 9 del D. L. 66/2014, nonché le previsioni di cui all'art. 37 del D. Lgs. 50/2016 (nuovo Codice degli appalti) in ordine alle varie forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze, stanno sempre più plasmando la struttura della domanda pubblica. Di conseguenza il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta perché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione comporta una maggiore attenzione per le fasi della programmazione e della esecuzione del contratto. I fattori di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche.

Riveste un ruolo particolare la fase di programmazione. Il nuovo obbligo di redazione del programma delle acquisizioni di beni e servizi di importo pari o superiore a 40.000 euro (art. 21 del Codice dei contratti) ha la funzione di assicurare un più ordinato svolgimento dell'attività contrattuale e contribuire alla prevenzione della corruzione.

La programmazione, in prospettiva, dovrebbe avere una funzione di monitoraggio dell'attività contrattuale, anche in vista della programmazione futura. A tal fine si intende prevedere la redazione, da parte delle strutture preposte agli acquisti, di *report* periodici che permettano di controllare lo stato di attuazione dei contratti programmati, l'eventuale scostamento rispetto alle previsioni iniziali e le corrispondenti ragioni.

Specifiche misure da adottare nella fase di programmazione sono previste nell'aggiornamento 2015 al PNA, nella sezione "contratti pubblici":

- adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione alla natura, quantità e tempistica della prestazione sulla base delle esigenze effettive e documentate;
- formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento;
- per servizi e forniture standardizzabili, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere;

- controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali;
- in fase di individuazione del quadro dei fabbisogni, predeterminazione dei criteri per individuarne le priorità;
- utilizzo avvisi di preinformazione.

Altrettanto rilevante è la fase di esecuzione del contratto, nella quale l'Amministrazione è tenuta a verificare l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali assunti dall'aggiudicatario. Possibili rischi corruttivi si rivelano essere una mancata o insufficiente verifica del SAL e l'abuso nel ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

Specifiche misure di prevenzione da adottare, individuate nell'aggiornamento 2015 al PNA, sono:

- *Check list* relativa alla verifica dei tempi di esecuzione da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPCT e agli uffici di controllo interno al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma;
- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo;
- Fermi restando gli adempimenti formali previsti dalla normativa, previsione di una certificazione con valore interno, da inviarsi al RPCT da parte del RUP, che espliciti l'istruttoria interna condotta sulla legittimità della variante e sugli impatti economici e contrattuali della stessa (in particolare con riguardo alla congruità dei costi e tempi di esecuzione aggiuntivi, delle modifiche delle condizioni contrattuali, tempestività del processo di redazione ed approvazione della variante);
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;
- La separazione delle funzioni fra RUP e DEC, nelle procedure ai fine di garantire maggiore trasparenza nelle procedure.

La determinazione ANAC n. 12 del 2015 prevede che i PTPCT dei soggetti destinatari individuino inoltre *“Aree specifiche, per quanto identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione”*.

7.2 Determinazione delle Aree a rischio corruzione

Nell'ambito del PTPC 2015-2017 si è provveduto a mappare i processi a rischio di corruzione nell'ambito delle aree di rischio obbligatorie previste dal primo Piano Nazionale Anticorruzione e a definire le misure da adottare per la prevenzione del rischio.

Il Piano 2016-2018 prevedeva la mappatura di eventuali nuovi processi a rischio corruzione, tenuto conto dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (determinazione n. 12 del 28.10.2015) e dell'individuazione in esso, per il comparto Sanità, delle aree a rischio generali.

Le Aree a rischio corruzione generali sono definite come indicato nella tabella sotto riportata:

1. Acquisizione e progressione del personale;
2. Contratti pubblici;
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
5. Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio;
6. Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni;
7. Incarichi e nomine;
8. Affari legali e contenzioso.

Con il presente Piano vengono individuate per la prima volta due Aree di rischio specifiche:

- **Erogazione di prestazioni di laboratorio a supporto dell'autorità sanitaria e di privati;**
- **Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati, di dispositivi diagnostici e altre tecnologie.**

Per l'area "Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi

risultati, di dispositivi diagnostici e altre tecnologie”, considerato che, in generale, il rischio corruttivo è tradizionalmente elevato nelle attività caratterizzate da discrezionalità nelle scelte, le aree maggiormente a rischio corruttivo nei processi di cui trattasi sono state individuate prevalentemente nelle attività correlate alla composizione del gruppo di ricerca e, quindi, alla scelta del contraente con cui stipulare accordi di ricerca, all’affidamento di incarichi retribuiti a soggetti terzi, all’acquisizione delle risorse strumentali da fornitori, alla gestione dei fondi pubblici assegnati per l’espletamento delle attività di ricerca.

I processi dell’IZSLER, di natura amministrativa e sanitaria, relativi alle succitate Aree a rischio, generali e specifiche, con le rispettive misure di contrasto sono riportati come allegato (rispettivamente Allegati C e D) al presente Piano.

In ragione del processo di riorganizzazione aziendale in atto e dei tempi di avvicendamento del RPCT, non si possono che confermare, in gran parte, i processi e le misure previste nel Piano precedente, fatte salve alcune integrazioni e modifiche ritenute indispensabili:

- sono stati introdotti processi precedentemente non individuati e mappati, anche alla luce dell’individuazione delle aree a rischio specifiche;
- alcuni processi sono stati riallocati ciascuno nella rispettiva area di riferimento;
- alcuni indicatori e target sono stati rivisti alla luce di quanto rilevato in sede di monitoraggio nel 2016.

Uno delle priorità del presente Piano è quello di rivedere la mappatura dei processi sulla base del miglior modello di gestione del rischio verificando tutti i processi e individuando misure di prevenzione e monitoraggio, insieme ai dirigenti responsabili delle strutture.

Pertanto, anche in ragione della nuova organizzazione, si procederà quanto prima alla mappatura di tutti i processi dell’Ente, tanto più che l’Istituto non è dotato di un elenco dei procedimenti amministrativi.

8 Misure di prevenzione della corruzione

Sono di seguito individuate tutte le misure di contrasto alla corruzione introdotte

nell'ordinamento dell'IZSLER. Per ciascuna misura viene specificato lo stato dell'arte e la programmazione rispetto al triennio 2017-2019.

8.1 Codice di comportamento

L'IZSLER, in ossequio a quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001 ed in conformità al DPR 16 aprile 2013, n.62 (regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici) ha adottato, con Delibera del Direttore Generale n. 41 del 4 febbraio 2014, il proprio Codice di comportamento sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (delibera 75/2013).

Il Codice di comportamento è pubblicato nel sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Disposizioni generali".

Per l'adozione del Codice di comportamento aziendale sono state curate le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge. Successivamente alla sua entrata in vigore, sono state svolte iniziative di formazione per il personale, estese anche al Codice di comportamento nazionale.

A seguito dell'adozione da parte dell'ANAC del provvedimento definitivo recante "Linee guida per l'adozione dei codice di comportamento negli enti del SSN" – ad oggi pubblicato solo in consultazione sul sito *internet* dell'Autorità - l'IZSLER provvederà ad aggiornare il proprio codice di comportamento aziendale. Al fine di consentire un più efficace adattamento del codice di comportamento aziendale alla specificità dell'IZSLER, è stato avviato a partire da novembre 2016 un progetto che vede coinvolto tutto il personale dirigenziale e di comparto. Il progetto è articolato in tre fasi: la prima fase è consistita nell'esame del vigente codice e delle tematiche ad esso correlate da parte del personale afferente a ciascuna struttura dell'Ente. A seguito di tale approfondimento il personale di ciascuna struttura - in relazione alle competenze ed all'attività del Reparto/U.O. di appartenenza - ha individuato all'interno del vigente codice alcune criticità; a ciò seguirà la fase conclusiva con la proposizione di almeno due proposte di emendamento al codice.

Nel 2017, a conclusione del progetto sopra descritto, saranno apportate modifiche al testo per introdurre parti speciali orientate a specifici settori e categorie di personale. Considerato che l'Ente svolge anche attività di natura

privatistica, saranno infine previste fattispecie tipiche di conflitto di interessi che possano chiarire a tutto il personale le ipotesi in cui sia necessario astenersi a garanzia della imparzialità dell'azione generale dell'Istituto.

8.2 Rotazione del personale

Nel Piano 2014, in attesa di specifiche indicazioni da parte delle competenti autorità e compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità nell'attività delle diverse strutture, veniva prevista la rotazione delle figure dei responsabili dei procedimenti e dei componenti delle commissioni di concorso. La rotazione veniva esclusa per i profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.

Il successivo Piano 2015 prevedeva che il RPC predisponesse un programma per la rotazione dei dirigenti e dipendenti afferenti ai settori a maggior rischio corruzione, al fine di evitare l'instaurarsi di rapporti privilegiati tali da configurare conflitti d'interessi nei confronti di terzi utenti o contraenti. Inoltre, veniva confermato per ogni Dirigente Responsabile di Struttura il compito di attuare la rotazione dei responsabili del procedimento con riferimento alle materie di rispettiva competenza.

Nel Piano 2016 è stato previsto per i Dirigenti di Struttura Complessa il compito di formulare specifiche proposte al Direttore Generale per la rotazione nell'ambito delle rispettive strutture. Il Piano 2016 assegnava poi ai responsabili dell'U.O. Gestione del Personale, U.O. Provveditorato, Economato e Vendite e U.O. Tecnico Patrimoniale, il compito di comunicare semestralmente al RPC l'elenco dei componenti delle commissioni di concorso e di gara e le regole seguite per la rotazione dei componenti.

Per quanto riguarda la rotazione degli incarichi dirigenziali, il Piano 2016 ne disponeva il rinvio alla imminente scadenza degli incarichi già conferiti, anche in vista dell'avvio dell'*iter* di riorganizzazione dell'Ente. Nelle more dell'espletamento della procedura di riorganizzazione, la scadenza degli incarichi è stata prorogata al 30 aprile 2017.

Il PNA 2016 prevede al punto 7.2 *“la rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va*

accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano un riqualificazione professionale”.

Con riferimento agli eventi rilevati nel 2016, si evidenzia che il PNA 2016, al punto 7.2.3 *“Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*, prevede: *“Per quanto attiene all'ambito oggettivo, e dunque alle fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria, vista l'atipicità del contenuto della condotta corruttiva indicata dalla norma e, in attesa di chiarimenti da parte del legislatore, si riterrebbe di poter considerare potenzialmente integranti le condotte corruttive anche i reati contro la Pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione», nonché quelli indicati nel d.lgs. 31 dicembre 2012 , n. 235⁵. Oltre ai citati riferimenti, più in generale, l'amministrazione potrà porre a fondamento della decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato”.*

Il PNA 2016, al punto 1.1 sezione Sanità, indica *“le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria”.*

Nel corso del 2017, a seguito della conclusione del processo di riorganizzazione interna, in occasione del conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, la Direzione dell'Ente, con il supporto dell'UO Gestione del Personale, provvederà alla comparazione dei *curriculum* dei dirigenti al fine di individuare le professionalità equivalenti ed eventuali posizioni infungibili per specificità di competenze.

A seguito dell'attuazione della riorganizzazione sarà messo a concorso circa il 20% delle strutture complesse.

Il PNA 2016 prevede, al punto 1.2 *“Area tecnica e amministrativa”* sezione

⁵ Norma che, oltre ai citati reati, ricomprende un numero molto rilevante di gravi delitti, tra cui l'associazione mafiosa, quella finalizzata al traffico di stupefacenti o di armi, i reati associativi finalizzati al compimento di delitti anche tentati contro la fede pubblica, contro la libertà individuale.

Sanità relativo alle aziende del SSN, che *“per il personale di area tecnica e di area amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza. La necessità che le aziende sanitarie realizzino in questo ambito le condizioni per la fungibilità attraverso gli accennati processi di pianificazione e di qualificazione professionale per figure, ad esempio, come il capo del personale, il provveditore, il capo dell'ufficio legale comunque denominato (41) muove anche dalla considerazione che, in caso contrario, ovvero una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti. In questi casi, sarebbe opportuno pensare a una rotazione su base territoriale, tra funzioni analoghe, e non solo aziendale.*

Un'ipotesi alternativa alla rotazione nei casi di competenze infungibili, potrebbe consistere nella c.d. "segregazione di funzioni". Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), l'applicazione di questo principio risulterebbe efficace per incoraggiare il controllo reciproco.

Nei casi di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione ecc., si ritengono applicabili misure di rotazione da attuarsi anche all'interno di albi opportunamente istituiti”.

La nuova organizzazione dell'Ente prevede, anche al fine di attuare azioni preventive in un'area considerata a rischio, la gestione centralizzata delle richieste dell'utenza (Accettazione centralizzata) per la sede di Brescia. Il personale impiegato presso l'Accettazione Centralizzata sarà sottoposto a rotazione periodica.

8.3 Conflitto di interessi

Il Piano 2014 richiamava l'obbligo, già previsto dal Codice di Comportamento dell'IZSLER, di comunicare con immediatezza la sussistenza di conflitto di

interessi di qualunque natura.

Il Piano 2015 ha disposto che ciascun Dirigente Responsabile di struttura, in sede di autorizzazione di incarichi ai propri dipendenti, verifichi con l'U.O. Gestione del Personale l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (commi 7 e 9 art. 53 del D. Lgs. 165/2001), sulla base della dichiarazione resa dall'incaricato.

Il Piano ha stabilito altresì, l'obbligo per i Responsabili delle Strutture dell'IZSLER presso cui vengono svolti incarichi di collaborazione o consulenza, di verificare, con il supporto del Dirigente dell'UO Gestione del Personale, l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

Sempre nel Piano 2015, per i Dirigenti Responsabili dell'UO Provveditorato Economato Vendite e dell'UO Tecnico Patrimoniale, è stato previsto l'obbligo di acquisire le dichiarazioni dei componenti delle commissioni di gara circa l'inesistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela con i soggetti partecipanti alla gara.

I predetti Responsabili annualmente trasmettono al RPCT una relazione sul monitoraggio in ordine all'esistenza di rapporti di parentela con gli aggiudicatari.

In attuazione dell'art. 1, comma 17, della legge 190/2012, l'IZSLER, con specifico riferimento all'affidamento di lavori, forniture e servizi, inserisce negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, una specifica clausola di salvaguardia, a pena di esclusione, di conoscenza e rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità.

I dirigenti che propongono la realizzazione di progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo, o accordi di collaborazione con altri enti sono tenuti a rilasciare, in fase istruttoria, apposita dichiarazione relativa all'assenza di conflitto di interessi.

Per la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica, l'IZSLER incentiva e promuove l'utilizzo di protocolli di legalità e di policy anticorruzione. A decorrere dal 2016, anche i contratti per l'esecuzione dei progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo, prevedono il richiamo al rispetto dei protocolli di legalità adottati dall'IZSLER pena la risoluzione per inadempimento.

Nel corso del 2016, l'IZSLER ha organizzato a favore del personale interno un

corso sul conflitto d'interessi negli incarichi extraistituzionali e nelle gare d'appalto.

Nel 2017, nell'ambito della ridefinizione dei contenuti del Codice di Comportamento aziendale, saranno definite fattispecie esemplificative di conflitto di interessi specifiche per l'IZSLER, al fine di agevolare il personale nel riconoscimento delle situazioni di conflitto.

Una delle priorità del triennio 2017-2019, nell'ambito delle attività dei laboratori dell'Ente, consisterà nella gestione del conflitto di interessi. In particolare, verranno introdotte misure atte a separare, funzionalmente e strutturalmente, l'attività di tipo pubblicistico che l'Istituto espleta come ente del Servizio Sanitario Nazionale dall'attività privatistica a pagamento svolta a favore dei richiedenti. In primo luogo, verrà analizzata la natura dell'attività svolta nei singoli reparti, in termini di suddivisione tra attività pubblicistica e attività privatistica, e quindi saranno introdotte adeguate misure per la gestione separata delle due tipologie di attività (laboratori distinti, personale dedicato, profilazione delle abilitazioni nei sistemi informativi, ecc.). Una misura già prevista nella nuova organizzazione dell'Ente, al fine di una corretta gestione del conflitto di interessi in ambito diagnostico, è la costituzione di una accettazione unica dei campioni per la sede di Brescia.

Le verifiche in ordine alla sussistenza o meno del conflitto di interessi viene effettuata secondo un sistema gerarchico, con l'eventuale ausilio dell'U.O. Gestione del Personale per gli aspetti tecnico giuridici: le situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti vengono valutate e verificate dal dirigente della struttura complessa di appartenenza; quelle dei dirigenti di struttura complessa e dei dirigenti di struttura semplice non afferente ad alcuna struttura complessa dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, per gli ambiti di rispettiva competenza; quelle dei Direttori Sanitario ed Amministrativo dal Direttore Generale. Ciascuno dei tre Direttori valuta e verifica altresì le situazioni di conflitto relative ai dirigenti delle rispettive articolazioni aziendali di staff.

Particolare rilevanza riviste infine la gestione del conflitto di interesse nei contratti pubblici, anche alla luce del D. Lgs. 50/2016 che all'art. 42 reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione delle ipotesi di conflitto di interesse.

L'articolo in commento stabilisce che *“le stazioni appaltanti devono prevedere*

misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione alla concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici”.

In coerenza con le linee guida ANAC, si evidenziano le seguenti misure da adottare per una corretta gestione dei conflitti di interesse potenziali e/o effettivi:

- azioni formative finalizzate all’informazione, alla sensibilizzazione e alla responsabilizzazione degli attori coinvolti;
- compilazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse da parte di ogni persona coinvolta in ogni fase della procedura d’appalto (gli esperti incaricati della preparazione della documentazione di gara e/o valutazione offerte);
- definizione di apposite procedure di raccolta, tenuta e aggiornamento di tali dichiarazioni;
- adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitino l’autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare (Commissione Giudicatrice).

Il dirigente responsabile dell’UO Provveditorato, Economato e Vendite ed il dirigente dell’UO Tecnico Patrimoniale avranno cura di monitorare e segnalare gli eventuali casi di conflitto di interessi alla luce del disposto dell’art. 42 del D. Lgs. 50/2016 in riferimento alle consultazioni preliminari di mercato ed alla partecipazione di candidati ed offerenti alla predisposizione della procedura di gara.

8.4 Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

Il Piano 2015, ai fini del rilascio di autorizzazioni all’esercizio di incarichi ai dipendenti dell’IZSLER, ha ribadito l’obbligo di attenersi alle procedure di autorizzazione in vigore ed, in particolare, l’obbligo del dipendente di comunicare formalmente all’UO Gestione del Personale anche l’attribuzione di incarichi gratuiti (art.53, comma 12, del D. Lgs. n 165/2001), al fine di permettere una valutazione tempestiva (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) sull’eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di

interesse anche potenziale.

In esecuzione di quanto previsto nel Piano 2016, l'IZSLER ha adottato il nuovo "Regolamento interno per il conferimento e l'autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti dell'IZSLER" (approvato con decreto n. 83 dell'8 marzo 2016 e modificato con decreto n. 337 del 30 agosto 2016), al fine di definire e disciplinare i criteri e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.

Anche alla luce delle Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN, pubblicate ad oggi soltanto in consultazione dall'ANAC, e che forniscono indicazioni ulteriori in tema di conflitto di interessi anche con riferimento agli incarichi, nel 2017 l'Istituto procederà ad un riesame del Regolamento sugli incarichi extra-istituzionali al fine di una più puntuale esplicitazione dei criteri per il rilascio o per il divieto delle autorizzazioni. Potranno essere valutati, quali possibili criteri: la compatibilità tra impegno orario richiesto per l'espletamento degli incarichi extra-istituzionali e l'orario di lavoro presso l'Ente; il divieto di svolgere incarichi retribuiti o meno a favore di clienti e fornitori, di soggetti che hanno rapporti di natura contrattuale o di collaborazione con la struttura di afferenza oppure di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione svolge funzioni di natura pubblicistica (controlli, verifiche, ecc.); la verifica della compatibilità dell'impegno con i carichi di lavoro personali e della struttura di appartenenza; la puntualizzazione delle responsabilità in merito alla verifica del conflitto di interessi (compatibilità di fatto e di diritto); il divieto di accettare incarichi inerenti i propri compiti di ufficio; ecc.

Nel regolamento disciplinante gli incarichi extra-istituzionali sarà valutato l'inserimento di una *check list* per gli incarichi da autorizzare ai dipendenti, ossia un vero e proprio percorso operativo da osservare nell'ambito della procedura autorizzatoria. In questo senso potrebbe essere un utile riferimento la sentenza 25 novembre 2014, n. 216 dalla sezione giurisdizionale Lombardia della Corte dei Conti, nella quale il giudice contabile individua ed elenca una serie di parametri da verificare e valutare ai fini del rilascio delle autorizzazioni richieste dai dipendenti.

Sarà istituita, quale ulteriore misura, una banca dati contenente tutte le comunicazioni e le richieste per l'espletamento degli incarichi extra-istituzionali ed i relativi esiti, al fine di realizzare il necessario monitoraggio degli incarichi

extra-istituzionali ed individuare eventuale disparità di trattamento.

In merito di incarichi extra-istituzionali si prevede l'istituzione di un apposito sistema di controlli (per esempio accertamenti fiscali per le attività liberamente esercitabili, controllo puntuale sulle dichiarazioni dubbie oltre che quello a campione...).

8.5 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il D. Lgs. 39/2013 ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nonché presso gli enti privati in controllo pubblico.

L'ANAC, con deliberazione n. 149/2014, ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità/incompatibilità previste dal D. Lgs. 39/2013 previste ai capi III, IV, V e VI non trovano applicazione nei confronti dei dirigenti del SSN. In ciascuno di questi capi è, infatti, previsto un apposito articolo contenente una disciplina speciale per il personale del SSN (articoli 5, 8, 10 e 14) che limita il regime di inconferibilità/incompatibilità ai tre Direttori, escludendo implicitamente gli altri dirigenti degli Enti del SSN.

In assenza di indicazioni specifiche, devono invece ritenersi applicabili nei confronti di tutto il personale del SSN le ipotesi di inconferibilità previste al capo II (ipotesi di condanna per reati contro la PA). L'UO Gestione del Personale ha posto apposito quesito all'ANAC in merito all'applicabilità delle ipotesi di inconferibilità ai dirigenti dell'Istituto.

Per gli incarichi diversi da quelli di dirigente del SSN, trovano applicazione le specifiche fattispecie di inconferibilità/incompatibilità previste dal decreto legislativo 39/2013.

La delibera dell'ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 recante "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*" definisce i procedimenti di accertamento concreto delle inconferibilità/incompatibilità, i poteri dell'ANAC e del RPCT, nonché la natura dei provvedimenti sanzionatori nei confronti degli organi che abbiano

conferito incarichi in violazione di legge. Emerge un sistema ben definito di responsabilità e competenze, nel quale sono coinvolti in prima istanza gli organi che procedono alla nomina e gli uffici di cui dispongono.

Le linee guida attribuiscono esplicitamente all'organo che conferisce l'incarico – con l'ausilio degli uffici competenti per materia - il compito di verificare l'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità già prima della formalizzazione dell'incarico “[...] *Ferma restando che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico (art.20, co.4 del D. Lgs. n.39/2013), tuttavia è altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica, da parte dell'organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti. La istruttoria svolta ai fini della verifica della dichiarazione viene valutata dal RPCT e dall'ANAC ai fini della configurabilità dell'elemento psicologico in capo all'organo di indirizzo, nell'ambito del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 18 D. Lgs n.39/2013*”.

Le verifiche sulla insussistenza di cause di inconferibilità vanno pertanto effettuate in fase di affidamento degli incarichi dall'organo conferente, tramite gli uffici di cui dispone. Il RPCT interviene solo successivamente, nell'ipotesi in cui - venuto a conoscenza (su segnalazione degli uffici, informativa o fatto notorio) di una situazione di inconferibilità - avvii un procedimento di accertamento. Una volta dichiarata la nullità dell'incarico (in quanto inconferibile), il RPCT avvia un secondo e distinto procedimento, volto esclusivamente a verificare l'elemento psicologico - vale a dire la “colpevolezza” - dell'organo conferente. Nell'ambito di tale procedimento il RPCT valuta se l'organo conferente abbia o meno effettuato le dovute verifiche in fase di nomina. In caso di verifiche lacunose, questo secondo procedimento non può che concludersi con l'irrogazione della sanzione prevista dall'articolo 18 del D. Lgs n.39/2013 (divieto di conferire incarichi per i successivi tre mesi).

In esecuzione di quanto sopra precisato, successivamente all'insediamento dei membri del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto, si è provveduto all'acquisizione per l'anno 2016 delle dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità. Le dichiarazioni sono pubblicate, come richiesto dall'art. 20 del

D. Lgs. 39/2013, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito web dell'IZSLER. Tale misura sarà realizzata anche per gli anni seguenti.

Anche per il Direttore Generale è stata acquisita e pubblicata, successivamente all'assunzione dell'incarico, la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità.

Per il Direttore Sanitario e per il Direttore Amministrativo, all'atto del conferimento dei rispettivi incarichi, sono state acquisite e successivamente pubblicate le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconfiribilità ed incompatibilità per l'anno 2016.

Nell'ambito degli enti di diritto privato controllati dall'IZSLER, sono state acquisite e pubblicate le dichiarazioni in argomento del Prof. Stefano Cinotti, quale amministratore dell'Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali, e del Prof. Mario Colombo, quale rappresentante dell'Istituto in seno al Consiglio Generale della Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche.

Nel corso del 2017, al fine di consentire una rapida individuazione delle ipotesi interdittive, sarà redatto un *vademecum* che riassume le singole fattispecie di incompatibilità/inconfiribilità previste dal decreto.

Sarà inoltre ridefinita la modulistica per il rilascio delle dichiarazioni previste.

8.6 Attività successive alla cessazione dal servizio

Il comma 16-ter dell'articolo 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001, inserito dalla L. n. 190/2012, prevede che: *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

Nei precedenti Piani, sono state previste le seguenti misure:

- introduzione nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- previsione, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui all'art.53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001;
- esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- azione in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001.

Nell'ambito delle iniziative da assumere nel triennio di validità del presente Piano sarà valutata la possibilità di richiedere, in sede istruttoria per la stipula di contratti sia attivi che passivi, una specifica dichiarazione da parte del contraente di avere rispettato l'obbligo di non affidare incarichi o lavori retribuiti a dipendenti dell'IZSLER, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi abbiano esercitato, nei suoi confronti, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Istituto. Nel 2017, in sede di conferimento degli incarichi dirigenziali, nei relativi contratti sarà inserita una clausola in tal senso.

8.7 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimenti di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA

L'art. 35-bis con rubrica "*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici*", introdotto, nel corpo normativo del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, dal comma 46 dell'art. 1 della L. 190/2012 dispone che: "*1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari”.

Il Piano 2015 prevedeva l'obbligo per il Responsabile del procedimento di “*garantire che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento*”, nonché di acquisire e di pubblicare la dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'art. 3 del D. Lgs. 39/2013 da parte del dipendente beneficiario dell'incarico. I Responsabili del procedimento, inoltre, erano incaricati di provvedere, con specifici controlli, a verificare la veridicità delle dichiarazioni acquisite e di informare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione in caso di dichiarazioni non veritiere.

Il Piano 2016 prevedeva, con riferimento a tale ambito, una regolamentazione sulla composizione delle commissioni di concorso per gli incarichi di struttura complessa.

8.8 Tutela del whistleblower

Con decreto del Direttore Generale n.378 del 5 dicembre 2014 è stata definita la procedura per la segnalazione da parte dei dipendenti di illeciti ed irregolarità, codificata nella “*Whistleblowing policy*” dell'IZSLER, nel quale sono specificate le modalità di gestione della denuncia/segnalazione.

Nel corso del 2015 è stata implementata una procedura informatica appositamente dedicata alla segnalazione degli illeciti che garantisce la riservatezza. Il rilascio della procedura è stato accompagnato da specifico corso formativo.

8.9 Formazione del personale

Nel corso degli anni 2014-2016 sono stati svolti incontri formativi rivolti a tutti i dipendenti dell'Ente in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'IZSLER ha organizzato i corsi riportati di seguito:

Anno 2014

- Giornata sulla trasparenza
- FAD: etica e legalità

Anno 2015

- Giornata della trasparenza
- FAD: procedura *whistleblowing*

Anno 2016

- il conflitto d'interesse negli incarichi extraistituzionali e nelle gare d'appalto
- gli interventi del governo Renzi di giugno 2016 (D. Lgs.116/2016) sull'assenteismo ed il novellato procedimento disciplinare dopo la legge madia n.124 del 2015 e la legge anticorruzione n.190 del 2012: poteri, responsabilità, gestione del procedimento

Per quanto riguarda le attività formative del 2016, al primo corso hanno partecipato 48 dipendenti, di cui 20 dirigenti e 28 dipendenti del comparto, mentre al secondo evento i partecipanti sono stati 102, di cui 64 dirigenti e 38 dipendenti del comparto.

Dipendenti dell'IZSLER hanno inoltre partecipato a numerosi corsi organizzati da Enti esterni in tema di anticorruzione e trasparenza, nonché sul nuovo codice dei contratti pubblici.

Nel prossimo triennio 2017-2019 continueranno le attività formative interne in tema di etica, legalità e di contrasto alla corruzione. Saranno poi realizzate iniziative formative specifiche per ciascuno dei soggetti della struttura di riferimento in ragione delle rispettive competenze (RPCT e suoi collaboratori, Gruppo di supporto, Referenti, dirigenti e personale addetto a processi inseriti in Aree a rischio)

8.10 Patti di integrità

Il Piano 2015-2017 prevedeva, con specifico riferimento all'affidamento di lavori, forniture e servizi, l'obbligo di inserire negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, una specifica clausola di salvaguardia, a pena di esclusione, di conoscenza e rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità.

Per quanto riguarda la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica (accordi di collaborazione scientifica, convenzioni aventi ad oggetto attività formativa, ecc.) ovvero contratti attivi (affitti, locazioni, licenze, ecc.) a partire dal 2015 è stato predisposto un apposito patto di integrità da allegare a ciascun contratto.

A partire dall'anno 2016, inoltre, l'utilizzo del succitato patto di integrità è stato esteso anche ai contratti stipulati per l'esecuzione di progetti di ricerca, con riferimento ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo.

8.11 Azioni di sensibilizzazione sui temi della legalità e dell'etica pubblica

L'attività di sensibilizzazione è stata realizzata prevalentemente tramite l'attività formativa in tema di etica e legalità di cui ai paragrafi 6.2 e 8.9.

Inoltre, quale ulteriore azione di sensibilizzazione rivolta al personale interno, è stato avviato a partire da novembre 2016 un progetto, che vede coinvolto tutto il personale dirigenziale e di comparto dell'Istituto, di ridefinizione del Codice di Comportamento aziendale. In particolare, tutto il personale è stato chiamato ad esaminare il vigente codice e le tematiche ad esso correlate e, successivamente, ad individuare possibili criticità e proposte di miglioramento.

Per quanto riguarda l'utenza esterna è stata aggiornata la Carta dei Servizi dell'IZSLER, con l'inserimento di contenuti in tema di prevenzione della corruzione, al fine di favorire comportamenti virtuosi e rendere il servizio reso all'utente non solo efficiente e puntuale, ma anche trasparente e verificabile.

8.12 Monitoraggio dei tempi procedurali

Nel Piano 2014-2016 ciascuna struttura amministrativa dell'IZSLER è stata

incaricata di individuare i termini per la conclusione dei procedimenti e delle attività di competenza, anche parziale, ed a provvedere al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno trimestrale. Inoltre, veniva previsto che il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza di ogni struttura venisse riportato sul sito dell'IZSLER ed aggiornato periodicamente nella sezione "Amministrazione Trasparente" e nella carta dei servizi.

Abrogato l'obbligo di pubblicazione, le strutture amministrative trasmettono al RPCT l'esito del monitoraggio sui tempi di conclusione dei procedimenti mediante una reportistica *standard* che sarà predisposta dai Sistemi Informativi. A seguito della riorganizzazione si procederà a rifare l'elenco dei procedimenti.

Verrà successivamente individuata una modalità di rendicontazione dei tempi di effettuazione delle analisi nei laboratori.

8.13 Monitoraggio dei rapporti Amministrazione-soggetti con cui sono stati stipulati contratti

Come riportato nel Piano 2015, l'IZSLER, in applicazione dell'art. 1, comma 9, lett. e), della Legge 190/2012, ha stabilito per i Dirigenti Responsabili dell'UO Provveditorato Economato Vendite e dell'UO Tecnico Patrimoniale l'obbligo di acquisire le dichiarazioni dei componenti delle commissioni di gara circa l'inesistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela con i soggetti partecipanti alla gara.

I predetti Responsabili provvedono, in ogni caso, a monitorare l'esistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela e ne danno evidenza in una relazione annuale al RPCT da trasmettere entro il 31 gennaio.

Per quanto riguarda la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica (accordi di collaborazione scientifica, convenzioni aventi ad oggetto attività formativa, ecc.) ovvero contratti attivi (affitti, locazioni, licenze, ecc.), vengono acquisite le dichiarazioni circa l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del dirigente proponente. A partire dall'anno 2016, inoltre, l'acquisizione delle suddette dichiarazioni è stato esteso anche ai procedimenti relativi ai progetti di ricerca ed alla stipula dei relativi contratti, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo.

8.14 Sistema di vigilanza sulle società e enti vigilati e controllati

L'IZSLER non ha poteri di vigilanza nei confronti di alcun ente pubblico, né detiene - a seguito della cessazione definitiva in data 16 gennaio 2015 del Consorzio Italiano per la Ricerca sulla Qualità e la Sicurezza degli Alimenti Soc. cons. a r.l. (CIRAL) - alcuna partecipazione societaria.

A.I.Z.S.

L'associazione temporanea di scopo denominata "Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali" (A.I.Z.S.), costituita nel 2011 tra i dieci II.ZZ.SS. per l'adesione all'Ente nazionale di accreditamento ACCREDIA, rientra nell'ambito della categoria degli enti di diritto privato in controllo pubblico, essendo costituita esclusivamente da Enti pubblici (cfr. determinazione ANAC n. 8/2015). In ragione di tale qualificazione, a partire dal 2013 sono state acquisite dal Prof. Stefano Cinotti - quale Amministratore di A.I.Z.S. - le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D. Lgs. 39/2013. Tali sono pubblicate, come prescritto dalla vigente normativa, in nella sezione del "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'IZSLER.

L'Assemblea di A.I.Z.S. con deliberazione n.1 assunta in data 25 gennaio 2016 ha nominato il Direttore Amministrativo dell'IZSLER Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Associazione. Con la medesima deliberazione sono stati approvati il PTPC ed il PTTI di A.I.Z.S. per gli anni 2016-2018. Nell'ambito del sito internet dell'IZSLER nel corso del 2016 è stata realizzata un'apposita sezione denominata "società trasparente" nella quale sono pubblicati tutti i dati, le informazioni e i documenti volti a favorire la trasparenza dell'Associazione (compresi i predetti Piani).

L'articolo 3, comma 2, del D. Lgs. 97/2016 che ha introdotto l'art. 2 bis al D. Lgs 33/2013, limita l'applicazione degli obblighi di pubblicazione in tema di trasparenza *"alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro"*. Gli obblighi di trasparenza non trovano pertanto più applicazione nei confronti di A.I.Z.S., avendo l'Associazione un bilancio assai ridotto (2013: avanzo di gestione pari ad € 8.081,33; 2014: avanzo di gestione € 9.638,32; 2015: avanzo di gestione – € 1.58,11).

Con nota del 18 gennaio 2017, il Dott. G. Ziviani ha comunicato a tutti gli IZZS che in ragione dell'avvenuta modifica legislativa *“non sarà approvato il PTPC dell'A.I.Z.S. per il triennio e non saranno aggiornate le pubblicazioni previste in materia di trasparenza”*.

Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche

L'IZSLER ha il potere di nomina di un membro del Consiglio Generale della Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche di Brescia (ai sensi dell'articolo 5 del vigente statuto della Fondazione). Per quanto concerne l'applicazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione alla Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche si richiama la seguente corrispondenza (pubblicata nella sezione relativa agli enti privati in controllo pubblico di “Amministrazione trasparente” dell'IZSLER”):

- nota datata 11 settembre 2015 protocollo IZSLER n. 20330 con cui il Direttore Amministrativo dell'IZSLER trasmetteva alla Fondazione copia delle determinazioni ANAC n. 8/2015 ed invitava all'attuazione delle disposizioni in essa contenute in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- risposta del 19 ottobre 2015, registrata al protocollo generale dell'IZSLER n. 23953 del 21 ottobre 2015, con la quale la Fondazione comunicava di aver dato attuazione alle disposizioni contenute nella predetta determinazione ANAC;
- nota del 10 dicembre 2015 protocollo IZSLER n. 29163, con la quale il Direttore Amministrativo dell'Istituto trasmetteva alla Fondazione il Comunicato del Presidente dell'ANAC del 25 novembre 2015, concernente l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle amministrazioni e degli enti pubblici economici, e chiedeva riscontro delle disposizioni oggetto del suddetto Comunicato;
- risposta del 21 dicembre 2015, registrata al protocollo generale dell'IZSLER al n. 30403 del 22 dicembre 2015, con la quale la Fondazione comunicava di non poter essere definita, sulla base di autorevoli pareri legali, ente controllato o partecipato da enti pubblici, mancando quindi il

presupposto dell'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nella apposita sezione "Enti di diritto privato controllati" di "Amministrazione Trasparente" sono pubblicati tutti i dati, le informazioni e i documenti detenuti dall'IZSLER relativi alla Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche, comprese le dichiarazioni sostitutive di insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità del Prof. Mario Colombo, (rappresentante dell'IZSLER in seno al Consiglio Generale di prossima costituzione, nominato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 8/2016).

Sistema Brescia X Expo

Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet dell'IZSLER sono pubblicati, infine, i dati dell'Associazione Temporanea di scopo "Sistema Brescia X Expo", posta in liquidazione - a seguito della conclusione di EXPO 2015 – in data 1 maggio 2016.

8.15 Trasparenza

Il dettaglio analitico delle azioni attuate in materia di trasparenza nel triennio 2014-2016 è contenuto nelle Relazioni annuali (2014, 2015, 2016) al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per gli anni 2014-2016, e successivi aggiornamenti 2015-2017 e 2016-2018, adottate dal Responsabile per la Trasparenza dell'IZSLER alle quali si rinvia. Nelle suddette relazioni si è dato altresì conto della sostanziale assenza di istanze di accesso civico per adeguamento agli obblighi di pubblicazione pervenute.

Le relazioni sono pubblicate sul sito "Amministrazione trasparente" dell'IZSLER.

9 La gestione del rischio: attività del triennio 2014-2016

Il processo di gestione del rischio è stato avviato nel 2014. A partire da tale anno si è proceduto alla mappatura dei processi afferenti alle aree amministrative e, per quanto riguarda l'area sanitaria, con riferimento all'attività analitica. Successivamente alla mappatura dei processi, sono state completate le fasi di

valutazione e trattamento del rischio, con l'individuazione delle misure di contrasto alla corruzione.

Sin dal 2014, secondo le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, ciascun dirigente dell'area amministrativa ha effettuato la mappatura di tutti i processi della struttura di competenza, individuando successivamente quelli ascrivibili a un'Area a rischio oppure no.

Nel corso del 2016 si è proceduto alla rendicontazione delle misure per la prevenzione del rischio che sono state implementate tenendo conto di *target* fissati e ad una integrazione della mappatura dei processi dell'area amministrativa.

Nel 2017, anche a seguito del processo di riordino istituzionale e di riorganizzazione interna, occorrerà effettuare la mappatura di tutti i processi afferenti all'area sanitaria, nonché la revisione dei processi afferenti all'area amministrativa (obiettivo 2017). Ciascun dirigente di struttura complessa avrà pertanto il compito di trasmettere al RPCT tale mappatura, per i processi di rispettiva competenza. Alla mappatura seguiranno le fasi di valutazione e di trattamento del rischio. L'obiettivo è di valutare e ponderare i rischi di tutti i processi dell'Ente nell'arco del prossimo triennio. A seguito del riordino organizzativo, tutte le fasi del processo di gestione del rischio infatti devono essere riviste, a partire dalla mappatura, come sopra già precisato.

L'obiettivo è di arrivare, al termine del triennio (2019), a una situazione di trattamento complessivo di tutti i processi a rischio e a un sistema di monitoraggio a regime.

10 Relazione annuale 2016

Ai sensi dell'art. 1, c.14 della L. 190/2012, che prevede l'obbligo per il RPCT di trasmettere entro il 15 dicembre di ogni anno all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblicazione nel sito *web* dell'amministrazione, il RPCT, in carica dal 12.12.2016, ha predisposto la relazione annuale 2016, sulla base di quanto relazionato dal Direttore Amministrativo con nota agli atti dell'Ente. La relazione annuale 2016:

- è stata trasmessa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, al Direttore Generale ed al Consiglio di Amministrazione;
- è stata pubblicata sul sito *web* istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente” (<http://www.izsler.it/Trasparenza/docForward.jsp?idDoc=1464>) ed è allegata al presente Piano (Allegato E).

11 Il processo di gestione del rischio. Metodologia

Il processo di gestione del rischio, come delineato e raccomandato dal Piano Nazionale Anticorruzione, che a sua volta riprende le indicazioni della norma tecnica UNI/ISO 31000:2010, si concretizza in una metodologia che prevede diverse fasi.

Dopo avere già esaminato il contesto (esterno ed interno) e le Aree a rischio corruzione generali e specifiche, in questo capitolo del Piano, saranno descritte le fasi inerenti a:

- la mappatura del rischio;
- la valutazione del rischio;
- il trattamento del rischio.

11.1 La mappatura dei processi

Obiettivo per il 2017 è l'effettuazione della mappatura completa di tutti i processi afferenti all'area sanitaria, nonché la revisione dei processi afferenti all'area amministrativa.

Questa fase del processo di gestione del rischio comporta la individuazione dei processi, o di fasi di essi, riconducibili alle Aree a rischio corruzione, come individuate nel presente Piano.

I processi, o fasi degli stessi, riconducibili a un'Area a rischio corruzione, devono poi essere descritti attraverso l'articolazione in fasi e con individuazione del Responsabile.

L'attività di questa fase consente di individuare i processi classificati per Area di rischio, nonché per struttura aziendale.

La mappatura dei processi è attività propria dei singoli Dirigenti Responsabili di Struttura, ciascuno per l'ambito di specifica competenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge invece l'attività di coordinamento di tutte le operazioni di ricognizione, individuazione e catalogazione dei processi, avvalendosi del Gruppo di supporto.

La mancata collaborazione (es.: manifestazione di indisponibilità a collaborare, rinvii non giustificati di incontri, superamento dei termini indicati a livello operativo, violazione degli indirizzi forniti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) da parte dei dirigenti comporta una loro responsabilità dirigenziale e disciplinare.

11.2 La valutazione del rischio corruzione

L'attività di valutazione ha ad oggetto ogni singolo processo, o fase di esso, che sia ascrivibile alle Aree a rischio corruzione.

L'attività di valutazione del rischio corruzione si articola a sua volta nelle tre sotto-fasi, in successione cronologica tra loro:

- Identificazione del rischio
- Analisi del rischio
- Ponderazione del rischio

L'elenco dei processi ad oggi mappati per ciascuna area a rischio, unitamente all'esito della valutazione del rischio ed alle relative misure di contrasto, sono riportati (rispettivamente per l'area amministrativa e per l'area sanitaria) negli Allegati C e D del presente Piano. Il sistema di valutazione del rischio adottato per tali processi è descritto in questo paragrafo. Obiettivo per il 2017 è l'individuazione di un sistema di valutazione del rischio più adeguato alla natura delle attività dell'Istituto.

L'obiettivo che, in generale, l'IZSLER si pone è quello di assicurare lo svolgimento delle proprie attività perseguendo esclusivamente il pubblico interesse, nel rispetto dei principi costituzionali di legalità, imparzialità, buon andamento e di servizio alla collettività (artt. 97 e 98 Cost.).

Considerata l'ampia definizione di "corruzione" accolta dal PNA e quindi nel presente Piano, i possibili eventi che possono comportare dei rischi sono tutti quelli che siano considerati idonei, a seconda delle varie tipologie di processi, a distrarre l'attività dall'interesse pubblico, per favorire interessi particolari.

L'attività di identificazione degli eventi rischiosi consiste appunto nella ricerca, individuazione e descrizione dei possibili eventi che possono compromettere questo obiettivo. Occorre cioè che, nell'esaminare i singoli processi, siano fatti

opportunamente emergere i possibili eventi che possono pregiudicare il pubblico interesse, in deroga ai principi di imparzialità, legalità, buon andamento dell'attività dell'ente.

Per procedere alla identificazione dei possibili eventi che possono favorire potenzialmente la "corruzione" (nella ampia accezione del presente PTPCT) si deve tenere conto di un insieme di dati, che dovranno essere raccolti, in modo sempre più strutturato, a cura sia del dirigente di ciascuna struttura interessata sia del RPCT, di seguito indicati:

1. Reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
2. Segnalazioni di casi di cattiva amministrazione pervenute direttamente al RPCT dai c.d. *whistleblower* e da utenti esterni;
3. Segnalazioni sul ritardo non occasionale nella conclusione di procedimenti amministrativi;
4. *Report* degli incontri tenuti dal RPCT con il Gruppo di supporto e con i Dirigenti Responsabili di Struttura;
5. Procedimenti disciplinari;
6. Procedimenti giudiziari penali e amministrativo-contabili, nonché ricorsi amministrativi;
7. Articoli di stampa inerenti fatti in cui sono coinvolti amministratori, dirigenti o funzionari, con impatto negativo sulla reputazione e l'immagine dell'Ente;
8. Esiti dell'analisi del contesto esterno, con particolare considerazione dei dati relativi al profilo criminologico del territorio, quali evidenziati nel presente Piano e che saranno aggiornati nel corso degli anni;
9. Indicazioni del PNA e delle linee guida e orientamenti di ANAC.

L'identificazione del rischio è sempre effettuata, per ogni processo mappato, da ciascun Dirigente Responsabile di Struttura e successivamente verificata e valutata dal Gruppo di supporto e dal RPCT.

L'identificazione del rischio mira ad individuare gli eventi che possano interessare il tipo di processo analizzato. L'analisi deve ricercare la causa dell'evento rischioso, il che facilita poi anche l'individuazione della misura di contrasto più adeguata.

A titolo esemplificativo, cause dell'evento rischioso possono essere:

- **monopolio di potere** (per esempio, responsabile o addetto al processo o a una attività-chiave dello stesso da un numero eccessivo di anni, titolare di un insieme di informazioni non accessibili o parzialmente accessibili ad altri soggetti);
- **eccessiva discrezionalità** (per esempio, assenza di predeterminazione di criteri generali e oggettivi, assenza di una procedura scritta);
- **assenza o carenza di controlli interni**;
- **eccessiva complessità del processo e/o presenza di eccessivi oneri burocratici**;
- **mancanza di chiarezza normativa o della disciplina amministrativa del processo**;
- **assenza o carenza di trasparenza**;
- **non adeguata formazione degli addetti**.

La fase di analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio (l'evento rischioso) si realizzi e delle conseguenze che questo produrrebbe (probabilità e impatto), al fine di determinare il livello di esposizione di rischio, rappresentato da un valore numerico.

Lo strumento utilizzato dall'IZSLER, in questa sotto- fase, è una *check list*, mutuata da quella riportata all'allegato 5 del PNA approvato nel 2013. La *check list* è articolata in due parti: la prima parte permette di valutare la probabilità (P) che il rischio si realizzi, mentre la seconda le conseguenze (impatto) che il rischio produce (I). La *check list* contiene gli indici di valutazione della probabilità e dell'impatto riportati nella seguente tabella:

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO
1. Discrezionalità	1. Impatto organizzativo
2. Rilevanza esterna	2. Impatto economico
3. Complessità del processo	3. Impatto reputazionale
4. Valore economico	4. Impatto organizzativo, economico e sull'immagine
5. Frazionabilità del processo	
6. Controlli	

Con la prima parte della *check list* si valuta la probabilità (P) che il rischio si realizzi; la stima della probabilità deve tenere conto anche dei controlli vigenti (per esempio, controllo di gestione, pareri di regolarità contabile e/o amministrativa), presso l'Amministrazione come effettivamente attivati e implementati e in considerazione della loro efficacia.

Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della proposta del Dirigente Responsabile di Struttura e della valutazione del Gruppo di supporto.

Invece, con la seconda parte della *check list*, si valutano le conseguenze che il rischio produce (impatto=I). Gli indici di impatto devono essere stimati sulla base di parametri oggettivi, in base a quanto risulta all'Amministrazione.

Per l'attribuzione di un punteggio a ciascuna delle due dimensioni sopra citate è seguita una scala di valori indicata nella Tabella che segue:

VALORI E FREQUENZA DELLA PROBABILITÀ		VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO	
0	nessuna probabilità	0	nessun impatto
1	improbabile	1	marginale
2	poco probabile	2	minore
3	probabile	3	soglia
4	molto probabile	4	serio
5	altamente probabile	5	superiore

La Valutazione Complessiva del Rischio del singolo processo (VCR) si ricava moltiplicando il valore delle probabilità (media aritmetica dei punteggi ottenuti nella prima parte della *check list*) e il valore dell'impatto (media aritmetica dei punteggi ottenuti nella seconda parte), ossia $VCR = P \times I$

Il valore della media aritmetica minimo per quanto riguarda la PROBABILITÀ può avere uno dei seguenti esiti possibili:

- 0 nessuna probabilità**
- 1 improbabile**
- 2 poco probabile**
- 3 probabile**
- 4 molto probabile**
- 5 altamente probabile**

Il valore della media aritmetica minimo per quanto riguarda l'IMPATTO può avere uno dei seguenti esiti possibili:

- 0 nessun impatto**
- 1 marginale**
- 2 minore**
- 3 soglia**
- 4 serio**
- 5 superiore**

La ponderazione consiste nel **considerare il rischio (l'evento rischioso) alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi, per decidere le priorità e le urgenze di trattamento.**

Per facilitare la decisione del RPCT circa le priorità e l'urgenza di trattamento, è adottata una matrice del rischio, come sotto riportata, che rappresenta l'insieme dei possibili valori della quantità di rischio (livelli di rischio).

Il livello di rischio minimo, che si può ottenere è 1, mentre 25 rappresenta il livello massimo di rischio.

Le possibilità totali sono quindi 14, che individuano appunto 14 diversi livelli di rischio (1-2-3-4-5-6-8-9-10-12-15-16-20-25). Per facilitare il confronto e facilitare anche il RPCT nel definire le priorità di trattamento, sono stati raggruppati in 4 livelli i valori di rischio, come riportato nella matrice di rischio che segue 20:

P R O B A B I L I T A'	5 altamente probabile	5	10	15	20	25
	4 molto probabile	4	8	12	16	20
	3 probabile	3	6	9	12	15
	2 poco probabile	2	4	6	8	10
	1 improbabile	1	2	3	4	5
		1 marginale	2 minore	3 soglia	4 serio	5 superiore

IMPATTO

CRITICO	RILEVANTE	MEDIO-BASSO	TRASCURABILE
da 15 a 25	da 8 a 12	da 4 a 6	da 1 a 3
Tutti i valori di P e I sono uguali o superiori al valore medio (3). Entrambe le dimensioni possono anche raggiungere il valore massimo. Il rischio raggiunge i valori massimi	Tutti i valori di P e I sono superiori a 1. Entrambe le dimensioni possono avere valore medio (3), ma non accade mai che entrambe superino tale valore. I valori massimi sono raggiunti, ancora, da una sola delle due dimensioni	Entrambe le dimensioni possono avere un valore superiore al minimo (2 x2). Ma quando una dimensione supera il valore medio (3), l'altra ha sempre un valore minimo (1)	Una dimensione ha sempre valore minimo (1) e l'altra può variare ma raggiungendo al massimo il valore medio (3)

I quattro livelli di rischio che ne derivano (**1.LIVELLO CRITICO 2. LIVELLO RILEVANTE 3.LIVELLO MEDIO-BASSO 4. LIVELLO TRASCURABILE**) descrivono non solo quanto il rischio è elevato ma anche il modo in cui le due dimensioni fondamentali del rischio (probabilità e impatto) interagiscono e si combinano tra loro, determinando un livello di rischio descritto non solo in termini quantitativi ma anche di composizione e modalità, il che permette di determinare con maggiore ragionevolezza le priorità di intervento con le misure di prevenzione.

Durante questa fase è fondamentale, come modalità lavorativa, il lavoro di gruppo, con il coinvolgimento, nelle singole strutture interessate, dei dirigenti responsabili e anche degli altri collaboratori che operano nei processi esaminati. La ponderazione del rischio è sempre effettuata, per ogni processo mappato, da ciascun Dirigente Responsabile di Struttura e successivamente verificata e valutata dal Gruppo di supporto e dal RPCT.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha anche in questa fase compiti di coordinamento e di indirizzo operativo.

11.3 Trattamento del rischio corruzione

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo di individuazione delle misure da mettere in campo per eliminare o, se non possibile, almeno ridurre il rischio.

La fase a sua volta si articola nelle seguenti sotto-fasi:

- **Priorità di trattamento:** individuazione dei rischi sui quali intervenire prioritariamente.

La decisione circa la definizione delle priorità di trattamento del rischio spetta al RPCT, che terrà conto, nell'intervenire, di:

- a) livello di maggior rischio: maggiore è il livello di rischio, maggiore è la priorità di trattamento;
- b) impatto organizzativo e finanziario della misura.

Il RPCT nella decisione sulle priorità di trattamento, terrà conto della classificazione e della rilevanza del rischio. I rischi del livello critico devono avere la priorità assoluta in termini di trattamento e via via i rischi di successivi livelli, fino a quello medio-basso.

- **Individuazione delle misure:** per ciascuno dei rischi, individuare quali misure predisporre per eliminare o ridurre il rischio.

Questa sotto-fase contempla l'individuazione delle misure di prevenzione per eliminare il rischio o per ridurlo.

Le misure di prevenzione si dividono, secondo quanto desumibile dal PNA come modificato dalla determinazione n. 12 del 2015 di ANAC, nelle seguenti categorie fondamentali:

- a) obbligatorie: sono quelle previste come tali dal legislatore;
- b) generali: sono quelle, obbligatorie oppure no, che si caratterizzano per il fatto di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera organizzazione dell'ente;
- b) specifiche: sono quelle che si caratterizzano per il fatto di incidere su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio.

In ogni caso, ogni misura di trattamento del rischio deve possedere le seguenti qualità:

1. efficacia nella neutralizzazione della causa o cause del rischio;
2. sostenibilità economica ed organizzativa;
3. compatibilità con le caratteristiche dell'ordinamento e dell'organizzazione dell'ente.

Le misure, di contrasto ai singoli eventi rischiosi individuati, che sono state finora previste (a prescindere dalla natura di misure generali o specifiche), per il trattamento del rischio sono riportate, accanto ai

processi a cui si riferiscono, (rispettivamente per l'area amministrativa e per l'area sanitaria) negli Allegati C e D del presente Piano.

L'elenco di cui ai succitati allegati sarà integrato con le misure ulteriormente individuate nel corso del trattamento di nuovi processi mappati nella Aree a rischio e dei relativi rischi corruzione.

- **Indicazione del Responsabile e del termine di attuazione:** per ciascuna misura da attuare occorre poi individuare il responsabile e il termine per l'implementazione.

Le misure di contrasto devono poi essere attuate. A tal fine occorre individuare, per ciascuna di esse, adeguatamente descritta:

- a) il termine finale di realizzazione, con eventuali fasi intermedie di realizzazione;
- b) il dirigente della struttura responsabile per l'attuazione (c.d. Titolare del rischio);
- c) gli indicatori di monitoraggio e il risultato atteso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche in questa fase ha compiti di coordinamento e di indirizzo operativo, e si avvale in questo anche delle competenze professionali del Gruppo di supporto.

Anche durante questa fase è fondamentale, come modalità lavorativa, il lavoro di gruppo, come già indicato per le precedenti fasi.

L'attuazione delle misure, per ogni processo mappato, è responsabilità di ciascun Dirigente Responsabile di Struttura. Il coinvolgimento, nelle singole strutture interessate, del personale afferente alla struttura coinvolto nei singoli processi è fondamentale per l'efficace attuazione delle misure.

12 Programmazione delle misure anni 2017-2019

12.1. Obiettivi e descrizione delle misure

Si precisa, ai fini della Programmazione delle misure e delle azioni per il triennio 2017- 2019, che le misure previste rispondono innanzitutto alle finalità già individuate e di seguito riportate:

Finalità 1 se la misura ha lo scopo di **ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione**

Finalità 2 se la misura ha lo scopo di **aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione**

Finalità 3 se la misura ha lo scopo di **creare un contesto sfavorevole alla corruzione**

Inoltre per ciascuna misura, sono indicati:

- il target;
- il/i Titolare/i del rischio o la struttura competente;
- l'indicatore di realizzazione.

12.2 Programma delle misure generali e/o obbligatorie per il triennio 2017-2019

Le misure generali e/o obbligatorie, che interesseranno il triennio 2017–2019, sono programmate in dettaglio solo per l'anno 2017, nella relativa scheda programmatica allegata al Piano (allegato F); le misure programmate sin d'ora per gli anni successivi sono descritte in modo più generico nella successiva scheda programmatica: queste ultime misure saranno ridefinite e precisate in sede di aggiornamento annuale del presente Piano.

Programma Anno 2017

Per gli obiettivi, a seguito della verifica, verranno inseriti gli obiettivi

Sono riportati nell'allegato F le misure generali e/o obbligatorie programmate per l'anno 2017

Programma Anni 2018-2019

N.	Misura (descrizione)	Termine di attuazione	Titolare/i del	Indicatore di realizzazione
1	Predisposizione proposta del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020	31.1.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione	Proposta atto al Consiglio di Amministrazione
2	Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2018	28.2.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione	Trasmissione al responsabile della Formazione delle esigenze formative in materia di prevenzione della corruzione
3	Attuazione degli interventi formativi di cui all'obiettivo n. 1	31.12.2018	Dirigente Responsabile Formazione	Realizzazione degli eventi formativi indicati dal RPCT al 100%
4	Partecipazione agli eventi formativi di cui all'obiettivo 2	31.12.2018	Dirigenti Responsabili di tutte le strutture/articolazioni aziendali coinvolte nei percorsi formativi	Partecipazione in misura non inferiore al 70%, per ciascuna struttura, del personale destinatario dei percorsi formativi
5	n° strutture sanitarie sottoposte a verifiche-controlli /n° strutture sanitarie (trasmissione al RPCT e al DG dei report dei controlli effettuati)	31.12.2018	Dirigente Servizio Assicurazione Qualità/ Responsabile Prevenzione Corruzione	100% delle strutture sanitarie
6	n° strutture amministrative sottoposte a verifiche-controlli /n° strutture amministrative (trasmissione al RPCT e al DG dei report dei controlli effettuati)	31.12.2018	Dirigente Servizio Assicurazione Qualità/ Responsabile Prevenzione Corruzione	100% delle strutture amministrative
7	Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	30.6.2018	Dirigenti Responsabili dei processi a rischio interessati	Trasmissione dei report sulle misure adottate
		31.7.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione	Report di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione

8	Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.12.2018	Dirigenti Responsabili dei processi a rischio interessati	Trasmissione dei report sulle misure adottate
		1.1.2019	Responsabile Prevenzione Corruzione	Report di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione
9	Predisposizione del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021	31.1.2019	Responsabile Prevenzione e Corruzione	Proposta atto al Consiglio di Amministrazione
10	Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2019	28.2.2019	Responsabile Prevenzione Corruzione	Trasmissione al responsabile della Formazione delle esigenze formative in materia di prevenzione della corruzione
11	Attuazione degli interventi formativi di cui all'obiettivo n. 1	31.12.2019	Dirigente Responsabile Formazione	Realizzazione degli eventi formativi indicati dal RPCT al 100%
12	Partecipazione agli eventi formativi di cui all'obiettivo 2	31.12.2019	Dirigenti Responsabili di tutte le strutture/articolazioni aziendali coinvolte nei percorsi formativi	Partecipazione in misura non inferiore al 70%, per ciascuna struttura, del personale destinatario dei percorsi formativi
13	Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	30.6.2019	Dirigenti Responsabili dei processi a rischio interessati	Trasmissione dei report sulle misure adottate
		31.7.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione	Report di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione
14	Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.12.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione / tutti i dirigenti interessati	Report di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA

13 Premessa

La presente sezione individua le iniziative dell'Istituto finalizzate alla realizzazione di adeguati livelli di trasparenza come previsti dal Decreto Legislativo 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", novellato dal Decreto Legislativo 97/2016, dal Piano nazionale anticorruzione 2016 (delibera ANAC n.831/2016), ed in osservanza:

- delle "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016" (delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016)
- delle "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D. Lgs. 33/2013" (delibera ANAC n.1309 del 28.12.2016)

All'interno di tale quadro di riferimento normativo sono, pertanto, individuate:

misure e strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, anche di natura organizzativa, dirette ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, ai sensi degli articoli 10 e 43, co. 3 del D. Lgs. 33/2013;

- azioni e strumenti attuativi, anche di natura organizzativa, diretti ad assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, ai sensi degli articoli 5 e 43, co. 4 del D. Lgs. 33/2013;
- misure di trasparenza ulteriori rispetto agli specifici obblighi di pubblicazione già previsti dalla normativa vigente, attraverso la pubblicazione dei c.d. "dati ulteriori" nella sotto-sezione di I livello "Altri contenuti - Dati ulteriori" del portale "Amministrazione Trasparente", nell'osservanza di quanto stabilito dalla normativa

in materia di riservatezza e tutela dei dati personali (D. Lgs.196/2003);

e sono inoltre definiti:

- gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, e le relative azioni attuative.

L'Istituto per assicurare un costante confronto sulle problematiche relative al tema della Trasparenza, a decorrere dai primi mesi del 2015, partecipa al Gruppo Interaziendale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Lombardia e di cui fanno parte: ASST di Mantova, ATS di Bergamo, ATS della Città metropolitana di Milano, ATS Val Padana, ASST della Valcamonica, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Franciacorta, ASST di Cremona, ASST di Crema, ASST del Garda.

14 Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza

L'Istituto ha individuato per il triennio 2017-2019 il seguente obiettivo strategico: "La trasparenza totale e il nuovo accesso civico: accountability e qualità dei servizi", riconducibile alla finalità n.1 "Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione" con riferimento in particolare all'ampliamento della trasparenza sull'attività amministrativa.

Gli obiettivi in materia di trasparenza e accesso civico dell'Istituto sono finalizzati alla promozione di maggiori livelli di trasparenza, secondo le disposizioni dell'art. 10 co.3 del D. Lgs. 33/2013. Per l'anno 2017 sono individuati:

1. per la promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato: predisposizione del nuovo regolamento in materia di accesso e accesso civico in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 5 D. Lgs. 33/2013 e ai contenuti della delibera n. 1309/2016 di ANAC;
2. sviluppo e implementazione di idonee soluzioni informatiche a supporto delle pubblicazioni per semplificarle e automatizzarle,

rendendo maggiormente chiari, fruibili e ricercabili i dati pubblicati nella sezione del sito Amministrazione Trasparente;

3. pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente di contenuti coerenti rispetto agli obblighi e ai termini dell'aggiornamento.

Di seguito, per ciascuno degli obiettivi individuati, sono programmate le azioni che interesseranno il triennio 2017–2019, espresse con maggior dettaglio per l'anno 2017 anche nella tabella Allegato F.

La programmazione delle azioni riguarda, per quanto esposto nelle premesse della presente Sezione, tutte le strutture dell'Istituto.

14.1 Promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato: predisposizione del nuovo regolamento in materia di accesso e accesso civico in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 5 D. Lgs. 33/2013 e ai contenuti della delibera n. 1309/2016 di ANAC

L'obiettivo si sostanzia nel favorire l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato, cogliendo lo spirito sotteso al nuovo istituto teso a soddisfare le reali e concrete esigenze di trasparenza dei cittadini e dei soggetti interessati, superando definitivamente l'ottica del mero adempimento normativo, anche attraverso una gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso (civico, generalizzato e documentale).

Una attenta analisi delle istanze di accesso civico generalizzato, istruite nel corso del triennio 2017-2019 consentirà inoltre all'Istituto di implementare in modo efficace ed efficiente le pubblicazioni ulteriori del portale Amministrazione trasparente.

14.2 Sviluppo e implementazione di idonee soluzioni informatiche a supporto delle pubblicazioni per semplificarle e automatizzarle, rendendo maggiormente chiari, fruibili e ricercabili i dati pubblicati nella sezione del sito Amministrazione Trasparente

Nell'ambito del presente obiettivo dovranno essere identificate azioni di sviluppo di nuovi servizi informatici necessarie da un lato a garantire l'assolvimento dei nuovi obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 97/2016, e dall'altro a mantenere o migliorare dal punto di vista

funzionale e dei formati le piattaforme di pubblicazione già implementate per assolvere agli obblighi di cui al D. Lgs. 33/2013.

Dovrà essere sviluppata/implementata idonea soluzione informatica per semplificare, automatizzare, per quanto possibile, le pubblicazioni e garantire la completezza della documentazione, rendendo maggiormente chiari, fruibili e ricercabili i dati pubblicati sul sito "Amministrazione Trasparente" da parte di cittadini e soggetti interessati.

14.3 Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente di contenuti coerenti rispetto agli obblighi e ai termini dell'aggiornamento

La trasparenza si configura come esigenza di chiarezza, comprensibilità, di non equivocità della pubblica amministrazione e del suo agire anche al fine di garantire l'affidamento dei cittadini, nonché l'imparzialità, il buon andamento e la legalità dell'azione amministrativa. È nel perseguimento di tale concezione della trasparenza che si colloca l'obiettivo che si prefigge, nel rispetto dei termini e degli obblighi di legge, una maggiore razionalizzazione e qualità nella pubblicazione delle informazioni e nell'utilizzo dei formati di pubblicazione.

15 Il modello di *governance* per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza: compiti e responsabilità

Il processo di riassetto istituzionale e di riorganizzazione interna che ha investito l'Istituto nel corso del 2016, le modifiche introdotte dal D. Lgs. 97/2016 ed in particolare la necessità di assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico di cui al novellato art. 5 del D. Lgs 33/2013 (c.d. FOIA), richiederanno i necessari adeguamenti organizzativi rispetto al modello di *governance*.

Si definisce, quindi, di seguito la suddivisione dei compiti e delle responsabilità per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013, come novellato dal D. Lgs. 97/2016:

Compiti	Responsabile
Predisporre la proposta di aggiornamento annuale del PTPCT - sezione Trasparenza	RPCT
Garantire il tempestivo e regolare flusso dei dati delle informazioni e dei documenti da pubblicare (nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge) ovvero assicurare la tempestiva pubblicazione nel caso di gestione autonoma della pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente	In particolare nella Mappa suddetta, relativamente a ciascun obbligo di pubblicazione, sono indicati i Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati (in linea con quanto previsto al paragrafo 2 delle Linee guida ANAC n. 1310/2016 recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33 come modificato dal D. Lgs. 97/2016)
Garantire che le soluzioni tecnologiche adottate supportino adeguatamente la pubblicazione tempestiva dei dati, delle informazioni e dei documenti da parte delle strutture organizzative responsabili della pubblicazione	Dirigente Responsabile Sistemi Informativi
Favorire e incentivare la pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. 33/2013	Dirigente Responsabile Sistemi Informativi
Svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni	RPCT
Controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico di cui all'art. 5 del D. Lgs 33/2013	RPCT

Verificare la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT - sezione Trasparenza e il Piano della performance e attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro il 31/12 di ogni anno o entro i diversi termini prescritti da ANAC	Nucleo di valutazione delle prestazioni
---	---

Il sito “Amministrazione trasparente” dell’Istituto è gestito dai Sistemi Informativi.

16 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità

La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle relative responsabilità, riprodotta in allegato G, è la rappresentazione sintetica della sezione trasparenza del PTPCT per il triennio 2017-2019 dell’Istituto.

La mappa è basata sull'allegato 1 alla delibera ANAC n. 1310/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs 33/2013 come modificato dal D. Lgs 97/2016”, e riprende l'articolazione in sottosezioni e livelli prevista per la sezione Amministrazione Trasparente del portale istituzionale.

Per ogni singolo obbligo di pubblicazione vengono indicati:

- Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie);
- Denominazione sottosezione livello 2 (Tipologie di dati);
- Riferimento normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Contenuti dell’obbligo;
- Aggiornamento;
- Periodicità degli aggiornamenti;
- Struttura competente;
- Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- Non applicabilità dell’obbligo;

- Note.

In ottemperanza a quanto disposto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 la mappa indica “Non applicabilità dell’obbligo” nei casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell’Amministrazione.

In applicazione del coordinato disposto di cui all’articolo 10 comma 1 del D. Lgs. 33/2013, di cui al paragrafo 7.1 del Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera n. 831/2016 e di cui al par. 2 della Linee guida ANAC n. 1310/2016, l’Istituto individua in apposita sezione della mappa, di cui all’allegato G, i responsabili della individuazione, e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di obbligo di pubblicazione.

17 La trasparenza negli appalti pubblici tra nuovo Codice degli appalti ed il D. Lgs. 33/2013

Il D. Lgs. 97/2016 ha introdotto modifiche anche in tema di obblighi di pubblicazione concernenti i contratti di lavori, forniture e servizi.

L’articolo di rilievo in tema di appalti è l’art. 37 del Decreto Legislativo 33/2013, così come modificato dall’attuale art. 31 del D. Lgs. 97/2016, che prevede, al comma 1, l’obbligo per le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti di pubblicare:

a) i dati di cui all’art. 1, comma 32, della L. 190/2012.

Il richiamo di cui alla lettera a) è lo stesso delle previgente disposizione. In particolare, i dati oggetto di pubblicazione sui siti web istituzionali delle Amministrazioni e degli Enti rimangono invariati e si sostanziano nei riferimenti essenziali dell’appalto aggiudicato, e precisamente:

1. CIG (Codice Identificativo Gara);
2. la Struttura proponente;
3. l’oggetto del bando;
4. l’elenco degli operatori invitati a presentare offerte;

5. l'aggiudicatario;
6. l'importo di aggiudicazione;
7. i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
8. l'importo delle somme liquidate.

b) gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. n.50/2016.

La lettera b) secondo cui le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare "gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50" va intesa come un diretto richiamo al disposto di cui all'articolo 29 del nuovo codice. Ovvero degli specifici obblighi di pubblicazione nella sezione della trasparenza.

Con riferimento agli obblighi in tema di appalti, e quindi con riferimento al nuovo codice declinato nel D. Lgs. 50/2016, il legislatore ha dato rinnovato vigore alla questione della trasparenza come antidoto preventivo a comportamenti arbitrari, e più in generale, alla questione "corruzione".

Si ispirano a queste esigenze gli obblighi sanciti dall'articolo 29 del nuovo codice (Principi in materia di trasparenza), che prevede al primo comma l'obbligo di inserimento nella sezione trasparenza di tutti gli atti relativi:

1. alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture;
2. nonché alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5.

Il secondo periodo del primo comma dell'art. 29 risulta maggiormente innovativo rispetto alla normativa previgente, in quanto impone espressamente la pubblicazione, ai fini del decorso dei termini di impugnazione, dei seguenti atti:

- il provvedimento che determina la esclusioni dalla procedura di affidamento
- il provvedimento delle ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.

Novità assoluta è infine la prevista pubblicazione dei dati relativi alla commissione di gara. A tale riguardo, il terzo periodo del primo comma prevede che deve essere “pubblicata la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti”.

Ulteriore dato da pubblicare è quello relativo ai “resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione”.

Fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente, il PNA 2016 indica un set di dati ulteriori da pubblicare sui siti istituzionali, quali misure volte a rafforzare la trasparenza, in relazione alle diverse fasi del processo di acquisto (progettazione della gara, istituzione delle commissioni di gara, aggiudicazione e stipula del contratto, esecuzione del contratto). Verrà valutato nel corso dell’anno 2017 la pubblicazione di tali dati che verranno messi a regime nell’anno 2018.

18 La definizione della *governance* per garantire l’esercizio del diritto di accesso civico “generalizzato”. Prime misure organizzative per garantire il coordinamento nella gestione delle diverse istanze di accesso (civico, generalizzato, documentale).

La novità più significativa del D. Lgs. 97/2016 è costituita dall’introduzione del diritto di accesso civico generalizzato sul modello FOIA (Freedom of Information Act), ai sensi del quale “chiunque” ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall’art. 5-bis del D. Lgs.33/2013.

Come evidenziato dalla delibera ANAC n.1309/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co.2 del D. Lgs. 33/2013”, “la ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo

delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5 co. 2 del decreto trasparenza)”.

Senza entrare nella disamina dell’istituto giuridico, ai fini del presente documento, in ragione della centralità e strategicità che assume l’istituto nel sistema della trasparenza, risulta prioritario per l’Istituto definire le misure organizzative “per controllare e assicurare la regolare attuazione dell’accesso civico” (art. 43 co. 4 del novellato decreto trasparenza)”.

Considerata la notevole innovatività della disciplina dell’accesso civico generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, l’Istituto provvederà all’adozione di una disciplina organica e coordinata delle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra gli uffici che vi devono dare attuazione. In particolare, tale disciplina prevederà la pubblicazione di un unico Regolamento.

Le Linee Guida prevedono anche che presso ogni amministrazione sia istituito un registro delle richieste di accesso presentate, per tutte le tipologie di accesso.

Le Linee guida raccomandano, con operatività a partire dal 23 dicembre 2016, di rafforzare il coordinamento dei comportamenti sulle richieste di accesso. A tal fine è previsto che:

- a) le amministrazioni adottino nel più breve tempo possibile soluzioni organizzative al fine di coordinare la coerenza delle risposte sui diversi tipi di accesso;
- b) le amministrazioni adottino una disciplina interna sugli aspetti procedurali per esercitare l’accesso;
- c) sia istituito un registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso).

L’Istituto, ha quindi definito, in via di prima applicazione delle disposizioni di legge e in attesa dell’adozione di una disciplina organica e coordinata delle tre tipologie di accesso di individuare, a seconda delle tipologie di accesso:

- Accesso civico per obblighi di pubblicazione (art. 5 co. 1 D. Lgs. 33/2013): RPCT dell'Istituto;
- Accesso civico generalizzato (art. 5 co. 2 D. Lgs. 33/2013): in virtù della disposizione di cui all'articolo 5 comma 7 del D. Lgs. 33/2016 che riconosce in capo al RPCT il potere di riesame nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro i termini, l'Istituto in attesa della definizione dei contenuti del regolamento, individua il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo quali destinatari delle richieste per i settori di rispettiva competenza;
- Accesso documentale (L.241/90): alla Struttura competente per materia che detiene i documenti.

Il RPCT e le Strutture competenti, a seconda delle tre tipologie di accesso curano l'istruttoria e rispondono all'istanza.

In questa prima fase sperimentale i dettagli operativi (definizione delle tempistiche interne, implementazione di idonei strumenti informativi-informatici per la gestione di flussi di comunicazione, individuazione della struttura di supporto trasparenza, predisposizione e aggiornamento di modulistica per agevolare l'esercizio delle diverse tipologie di accesso ecc.) saranno definite con successive indicazioni.

Per facilitare l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato da parte dei cittadini e soggetti interessati è stata coerentemente aggiornata nel sito "Amministrazione trasparente" la sotto-sezione Altri contenuti - "Accesso civico", dove sono state descritte sinteticamente le tipologie di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato, con collegamenti a pagine dedicate contenenti la modulistica messa a disposizione, i recapiti telefonici e le caselle di posta elettronica istituzionale dei soggetti responsabili.

19 Misure di informatizzazione a servizio della trasparenza

Nell'ambito delle attività finalizzate all'implementazione dei contenuti della sezione Amministrazione Trasparente dovranno essere

individuare azioni di sviluppo di nuovi servizi informatici necessari a garantire l'assolvimento dei nuovi obblighi di pubblicazione. A fronte delle attuali criticità riscontrate nell'estrazione di dati e documenti e nell'integrazione dei sistemi di gestione amministrativo-contabile e di gestione del personale, dovrà essere riprogettata, sviluppata ed implementata un'adeguata soluzione informatica per semplificare, automatizzare, per quanto possibile, le pubblicazioni e garantire la completezza della documentazione, rendendo maggiormente chiari, fruibili e ricercabili i dati pubblicati sul sito "Amministrazione Trasparente" da parte di cittadini e soggetti interessati, sia con riferimento agli obblighi di pubblicazione che alla singola procedura di affidamento. Si renderà necessario progettare un sistema di gestione documentale che interfacci e integri tra loro le diverse banche dati, compresa quella del protocollo, in maniera tale da garantire la certezza del dato e la tempestività della pubblicazione.

In conformità con quanto previsto all'art. 9 del D. Lgs. 33/2013, le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente possono essere sostituite da collegamenti ipertestuali a sezioni del sito in cui sono presenti i dati e le informazioni. Di seguito, altresì ai sensi dell'art. 9 bis, potranno essere sostituite con il collegamento ipertestuale ad una delle banche dati descritte nell'allegato B del medesimo decreto.

In particolare, con riferimento agli obblighi di pubblicazione scaturenti dal combinato disposto di cui al D. Lgs. 50/2016 e di cui all'articolo 37 del D. Lgs. 33/2013 in tema di Obblighi di pubblicazione concernenti contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, dovrà essere attivato un modulo applicativo che permetta l'inserimento e l'aggiornamento in linea delle informazioni in grado di garantire il rispetto della tempestività dell'obbligo di pubblicazione e l'attività di monitoraggio e controllo.

Si precisa che agli obblighi di cui alla sezione Bandi di gara e contratti della mappa Elenco degli obblighi di pubblicazione, decorrenti dalla data di entrata in vigore del D. Lgs. 50/2016, le strutture hanno ottemperato con l'inserimento manuale delle informazioni per ovviare all'attuale mancata integrazione dei sistemi informativi.

20 Misure di monitoraggio e controlli sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il RPCT ha il compito di verificare il puntuale adempimento delle responsabilità in materia di pubblicazione, con monitoraggi a cadenza almeno semestrale, avvalendosi del supporto dei referenti per la trasparenza individuati.

La relazione redatta dal suddetto Responsabile all'esito del monitoraggio darà conto degli eventuali ritardi e/o scostamenti e delle azioni correttive previste e/o attuate; sarà oggetto di pubblicazione nel portale sezione Amministrazione trasparente.

Al suddetto monitoraggio si affiancheranno inoltre controlli specifici per valutare completezza, aggiornamento e qualità dei dati, dei documenti e delle informazioni pubblicate.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni provvede a verifiche e monitoraggi periodici. Per l'anno in corso, le verifiche sono previste al 31 marzo ed al 30 settembre.

Salvo criticità emerse a seguito di eventuali richieste di accesso civico o a seguito di rilievi e/o segnalazioni di soggetti portatori di particolari interessi, come ad esempio fruitori di servizi, i controlli saranno effettuati a campione.

I controlli saranno finalizzati alla valutazione della completezza, aggiornamento e qualità dei dati e delle informazioni pubblicate nonché alla verifica del grado di adempimento del diritto di accesso civico generalizzato.

Il controllo sull'attuazione degli obblighi di trasparenza riguarderà sia il rispetto della tempistica di pubblicazione fissata nell'Allegato G mappa Elenco degli obblighi di pubblicazione sia la qualità e conformità dei dati e delle informazioni pubblicate alle disposizioni normative e del presente documento. In caso di anomalie nel procedimento di pubblicazione il RPCT procederà all'analisi dell'intero processo di pubblicazione.

Per poter verificare la completezza, l'aggiornamento e la qualità dei dati e delle informazioni pubblicate dovranno essere messi a disposizioni

del RPCT idonei strumenti informatici di monitoraggio.

Dell'esito dei controlli verrà redatto verbale a cura del RPCT. Il verbale conterrà inoltre le azioni correttive da adottare da parte dei dirigenti responsabili della pubblicazione e il termine perentorio per provvedere.

Il verbale relativo alla procedura di monitoraggio verrà notificato ai dirigenti responsabili della pubblicazione cui ineriscono per competenza gli obblighi di trasparenza assoggettati a monitoraggio.

In caso di anomalie sostanziali il RPCT provvederà ad attivare il procedimento sanzionatorio.

21 Dati ulteriori

L'Istituto ai sensi di quanto previsto dall'articolo 7-bis comma 3 del D. Lgs. 33/2013, dall'articolo 1 comma 9 lettera f) della legge 190/2012 e come confermato dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016 di cui alla delibera n. 831/2016 e dalle Prime linee guida di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016 garantisce un alto livello di trasparenza e a tal fine pubblica dati, informazioni e documenti non previsti obbligatoriamente dalla legge o regolamento, previa anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in osservanza delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003).

I dati pubblicati nella Sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione Altri contenuti – Dati ulteriori sono:

- Locazioni, contratti, accordi
- Attività di ricerca
- Elenchi dei tirocini extra-curricolari e delle borse di studio.

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

22 Processo di adozione del Piano

22.1 Descrizione dell'iter seguito per l'elaborazione del piano

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha assunto la funzione in data 12 dicembre 2016. Per l'elaborazione del presente Piano - nell'attesa dell'assegnazione delle risorse umane disposta dalla deliberazione del CDA n.7/2016 – il RPCT si è avvalso del personale afferente all'U.O. Affari Generali e Legali e all'U.O. Progetti di ricerca.

In ragione della data di assunzione della funzione di RPCT, sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER è stato pubblicato in consultazione il Piano 2016-2018 dell' IZSLER. La consultazione ha avuto la finalità di coinvolgere dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti, e raccogliere osservazioni da utilizzare per la redazione del presente Piano 2017-2019.

In particolare, la consultazione è avvenuta dal 27 dicembre 2016 al 10.1.2017, con pubblicazione di un modulo finalizzato alla raccolta delle osservazioni e l'invito a dipendenti e *stakeholder* esterni di trasmettere osservazioni e proposte (all'indirizzo di posta elettronica protocolloarchivio@izsler.it), in modo tale da poter adottare il Piano entro il 31 gennaio.

Sono pervenute proposte e suggerimenti da due dirigenti amministrativi dell'IZSLER, delle quali si è tenuto conto nella redazione del presente Piano.

Sono stati indetti appositi incontri con tutti i dirigenti delle strutture complesse sanitarie, al fine di verificare le misure di prevenzione della corruzione attuate in ciascuna struttura in applicazione dei precedenti Piani e le eventuali problematiche emerse, di cui si è tenuto conto nella redazione del presente Piano.

La proposta di Piano è stata illustrata al Direttore Generale, al Direttore

Sanitario e al Direttore Amministrativo nella seduta del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni del 24 gennaio 2017 che ha fornito supporto consulenziale alla redazione del Piano, come previsto dal PNA 2016, e le cui osservazioni sono state interamente recepite.

Il RPCT ha trasmesso la proposta del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017- 2019 alla Direzione con nota prot.2183 del 25/01/2017.

Con nota prot.2342 del 27/01/2017 il Direttore Generale ha trasmesso al Consiglio di Amministrazione la proposta di Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il periodo 2017-2019.

22.2 Comunicazioni obbligatorie

Il Piano, adottato dal Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER, deve essere oggetto di comunicazione all'ANAC. In base a quanto chiarito dall'ANAC, la comunicazione si intende adempiuta con la pubblicazione del documento sul sito *web* istituzionale.

Il Piano (e tutte le sue edizioni precedenti) è pubblicato in Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione, nonché in Amministrazione Trasparente/Disposizioni Generali.

La avvenuta pubblicazione sul sito web deve essere oggetto di segnalazione, via mail personale, a ciascun dipendente e collaboratore aziendale. In fase di reclutamento, occorre segnalare al neo-assunto la pubblicazione del Piano e il suo obbligo di prenderne conoscenza sul sito web dell'Amministrazione

