

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

PIANO TRIENNALE
PREVENZIONE
CORRUZIONE E
TRASPARENZA

ANNO 2018-2020

PARTE I - QUADRO GENERALE 4

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | PREMESSA: FINALITÀ E STRUTTURA DEL PTPCT 2018-2020 | 4 |
| 2 | QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO | 5 |
| | 2.1 LA LEGGE 6 NOVEMBRE 2012, N. 190 E LA SUCCESSIVA NORMATIVA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE | 5 |
| | 2.2 I PIANI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | 7 |
| | 2.3 PRINCIPI E STANDARD DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE | 7 |
| 3 | ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO | 8 |
| | 3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO | 9 |
| | 3.1.1 L'IZSLER NELL'AMBITO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LA PRESENZA SUL TERRITORIO | 9 |
| | 3.1.2 CONTESTO DELL'ILLEGALITÀ NEL TERRITORIO | 12 |
| | 3.1.3 ATTIVITÀ DI CONTRASTO SOCIALE E AMMINISTRATIVO | 13 |
| | 3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO | 15 |
| | 3.2.1 FUNZIONI E COMPETENZE DELL'IZSLER | 15 |
| | 3.2.2 IL RIORDINO ISTITUZIONALE E LA RIORGANIZZAZIONE INTERNA | 17 |
| | 3.2.3 I CONTROLLI INTERNI ALL'ISTITUTO | 22 |
| | 3.2.4 PERSONALE | 25 |
| 4 | STRUTTURA DI RIFERIMENTO | 25 |
| | 4.1 GLI ATTORI DEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE | 25 |
| | 4.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E IL DIRETTORE GENERALE | 26 |
| | 4.3 IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI | 27 |
| | 4.4 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA | 28 |
| | 4.5 IL GRUPPO DI SUPPORTO | 30 |
| | 4.6 I "REFERENTI PER L'ANTICORRUZIONE E LA TRASPARENZA" | 31 |
| | 4.7 I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA | 32 |
| | 4.8 I DIPENDENTI | 33 |
| | 4.9 I COLLABORATORI | 34 |
| | 4.10 L'UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD) | 34 |
| | 4.11 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA) E IL GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE | 34 |
| 5 | LE RESPONSABILITÀ | 35 |
| | 5.1 LA RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE, DISCIPLINARE E AMMINISTRATIVA DEL RPCT | 35 |
| | 5.2 LA RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI | 35 |
| | 5.3 LA RESPONSABILITÀ DEI DIPENDENTI PER VIOLAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE | 36 |

PARTE II - PROGRAMMAZIONE 37

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA PER IL TRIENNIO 2018-2020 | 37 |
| | 6.1 IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE | 38 |
| | 6.2 IL PIANO FORMATIVO | 38 |

PARTE III - AREE A RISCHIO E MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 40

| | | |
|---|---|-----------|
| 7 | INDIVIDUAZIONE DELLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE | 40 |
| | 7.1 AREE A RISCHIO GENERALI | 40 |
| | 7.2 AREE A RISCHIO SPECIFICHE | 44 |
| | 7.2.1 Prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all’Autorità Sanitaria Pubblica | 44 |
| | 7.2.2 Fornitura di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato | 45 |
| | 7.2.3 Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati, di dispositivi diagnostici e altre tecnologie | 46 |
| 8 | MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | 48 |
| | 8.1 TRASPARENZA | 49 |
| | 8.2 CODICE DI COMPORTAMENTO | 49 |
| | 8.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE | 50 |
| | 8.4 CONFLITTO DI INTERESSI | 52 |
| | 8.5 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI | 54 |
| | 8.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI | 56 |
| | 8.7 ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO | 58 |
| | 8.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA | 58 |
| | 8.9 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER | 59 |
| | 8.10 FORMAZIONE DEL PERSONALE | 60 |
| | 8.10.1 La Formazione all’etica, legalità e trasparenza | 60 |
| | 8.11 PATTI DI INTEGRITÀ | 61 |
| | 8.12 MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI | 62 |
| | 8.13 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI AMMINISTRAZIONE-SOGGETTI CON CUI SONO STATI STIPULATI CONTRATTI | 62 |
| | 8.14 SISTEMA DI VIGILANZA SU SOCIETÀ E ENTI VIGILATI E CONTROLLATI | 63 |
| 9 | RELAZIONE ANNUALE 2017 | 69 |
| <u>PARTE IV- PIANIFICAZIONE TRIENNIO 2018-2020</u> | | 70 |
| 10 | IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO | 70 |
| | 10.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI | 72 |
| | 10.2 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE | 72 |
| | 10.3 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE | 75 |
| 11 | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE ANNI 2018-2020 | 76 |
| | 11.1. OBIETTIVI E DESCRIZIONE DELLE MISURE | 76 |
| <u>PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA</u> | | 78 |
| 12 | PREMESSA | 78 |
| 13 | L’OBIETTIVO STRATEGICO IN MATERIA DI TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO | 79 |
| | 13.1 PROMOZIONE DELL’ISTITUTO DELL’ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: ADEMPIMENTI CONSEGUENTI ALLA PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO IN MATERIA DI ACCESSO E ACCESSO CIVICO | 80 |
| | 13.2 PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DI CONTENUTI COERENTI | |

| | |
|--|-----------|
| RISPETTO AGLI OBBLIGHI E AI TERMINI DELL'AGGIORNAMENTO | 80 |
| 13.3 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 | 81 |
| 14 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) | 81 |
| 15 IL MODELLO DI GOVERNANCE PER L'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA: COMPITI E RESPONSABILITÀ | 82 |
| 16 LA MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DELLE RESPONSABILITÀ | 84 |
| 17 MISURE DI INFORMATIZZAZIONE A SERVIZIO DELLA TRASPARENZA | 85 |
| 18 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLI SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA | 86 |
| 19 DATI ULTERIORI | 87 |

PARTE VI - DISPOSIZIONI FINALI **88**

| | |
|--|-----------|
| 20 PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO | 88 |
| 20.1 DESCRIZIONE DELL'ITER SEGUITO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO | 88 |
| 20.2 COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE | 88 |

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 ANNUALE 2017 DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

- ALLEGATO F

MISURE GENERALI E/O OBBLIGATORIE PROGRAMMATE PER L'ANNO 2018

ALLEGATO G

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

- ALLEGATO H

CODICE DI COMPORTAMENTO

PARTE I - QUADRO GENERALE

1 Premessa: finalità e struttura del PTPCT 2018-2020

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 (d'ora in avanti "PTPCT" o anche semplicemente "Piano") mira a proseguire il percorso di contrasto alla "cattiva amministrazione" avviato negli scorsi anni dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna "Bruno Ubertini" (di seguito anche "IZSLER" o "Istituto").

Il concetto di corruzione che il Piano è teso a ostacolare comprende ogni forma di "cattiva amministrazione" e include tutte le situazioni in cui possa riscontrarsi un abuso da parte di un soggetto del potere o delle funzioni allo stesso affidate, allo scopo di ottenere vantaggi privati in contrasto con l'interesse pubblico. Esso pertanto configura situazioni più ampie delle fattispecie di reato presenti nel nostro ordinamento e va inteso in senso complessivo, organico e sistematico, con riferimento all'esercizio non corretto - in quanto non conforme ai principi di legalità, imparzialità, etica e trasparenza - dell'azione amministrativa.

Il Piano illustra la strategia, i programmi, gli obiettivi e le azioni di contrasto ai comportamenti illeciti che l'IZSLER intende realizzare nel prossimo triennio e si coordina con gli altri documenti programmatici - in particolare, col Piano delle *Performance* e col Piano della Formazione - i quali si allineano agli obiettivi strategici fissati in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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 in particolare 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 a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"²;

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

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 [...]".

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.

Esso è articolato nelle seguenti parti:

Parte I: definizione degli obiettivi e delle finalità del Piano, individuazione del quadro normativo di riferimento, analisi del contesto esterno e interno all'Ente e individuazione di ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti nell'attività di prevenzione della corruzione e per la trasparenza in Istituto;

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

Parte III: analisi delle aree di rischio corruttivo, predisposizione delle misure di contrasto e ricognizione delle misure introdotte negli anni scorsi;

Parte IV: pianificazione del processo di gestione del rischio per il prossimo triennio, con illustrazione della metodologia e delle azioni di intervento previsti;

Parte V: individuazione degli obiettivi e delle azioni in materia di trasparenza e definizione del correlato sistema di *governance*;

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

Il Piano dell'IZSLER 2018-2020 tiene conto della nuova organizzazione aziendale, seppur in fase di attuazione.

2 Quadro normativo di riferimento

2.1 La Legge 6 novembre 2012, n. 190 e la successiva normativa in materia di anticorruzione

La principale fonte normativa in tema di prevenzione della corruzione è costituita dalla già citata legge n.190/2012. Tale legge ha innovato in modo significativo le modalità di contrasto all'illegalità nell'amministrazione, in quanto adotta un approccio non soltanto repressivo - con l'estensione del novero e della disciplina dei reati contro la pubblica amministrazione³ - ma soprattutto di "prevenzione" della corruzione.

Dal 2012 il nostro ordinamento si è dotato di un sistema organico di prevenzione della corruzione, nel quale le strategie da mettere in atto si pongono su due livelli strettamente correlati tra loro:

- a livello nazionale, con l'introduzione dei Piani nazionali anticorruzione dell'ANAC;
- a livello periferico, con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza che ciascuna Pubblica Amministrazione è tenuta ad adottare.

Il Piano nazionale anticorruzione fornisce a tutte le P.A. indicazioni di carattere generale, mentre i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza individuano le azioni preventive che ciascuna Amministrazione pone in essere, in conformità al livello

3 L'art. 1, comma 75 della L. n. 190/2012 ha apportato modifiche alla disciplina delle seguenti fattispecie di reato contro la pubblica amministrazione: art. 314 c.p. (peculato), 317 (concussione), 320 (corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio), 322 (istigazione alla corruzione), 322 bis (peculato, concussione, induzione indebita dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri), 323 (abuso d'ufficio), 323 bis (circostanze attenuanti).
La stessa Legge ha introdotto gli illeciti penali di cui agli art. 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio), 319 ter (corruzione in atti giudiziari), 319 quater (induzione indebita a dare e promettere utilità).

nazionale, sulla base dello specifico contesto organizzativo, sulla scorta di una valutazione di adeguatezza, efficacia e sostenibilità.

Sulla base delle deleghe contenute nella legge n. 190/2012 sono stati emanati:

- ❖ il decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33 del 2013 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, in materia di trasparenza amministrativa;
- ❖ il decreto legislativo 08 aprile 2013, n.39 *“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”*, in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi;
- ❖ il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*, recante la normativa nazionale sul comportamento che i dipendenti pubblici devono osservare.

Tali disposizioni costituiscono i pilastri dell'architettura legislativa nella materia della prevenzione della corruzione.

Successivamente, tra i più importanti sviluppi normativi con riflessi nell'ambito dell'anticorruzione e della trasparenza, si segnalano:

- ❖ la legge 27 maggio 2015, n.69 recante *“Disposizioni in materia di delitti contro la Pubblica Amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”*, che inasprisce il trattamento sanzionatorio per alcuni reati contro la P.A.;
- ❖ la legge 7 agosto 2015, n.124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, che, oltre ad apportare significative modifiche alla legge n.241/1990 sul procedimento amministrativo, conferisce deleghe al Governo per la revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza; per il riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni; per la riforma della disciplina sulle partecipazioni societarie delle P.A. e dei servizi pubblici locali di interesse economico generale;
- ❖ il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 *“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”*, che ha apportato importanti modifiche in materia di anticorruzione e trasparenza e accesso civico, intervenendo anche sul ruolo e le funzioni dell'ANAC;
- ❖ i decreti legislativi del 25 maggio 2017 n. 74 e n. 75 di riforma del lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione, che modificano, rispettivamente, la disciplina del Testo Unico del Pubblico Impiego (d.lgs. n. 165/2001) e il sistema di gestione della *performance* (d.lgs. n. 150/2009), rendendo più stretta la correlazione tra i diversi Piani di programmazione strategica all'interno degli enti pubblici;
- ❖ il decreto legislativo 16 giugno 2017 n. 100 *“Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175, recante testo unico in materia di società a partecipazione pubblica”*;
- ❖ la legge 30 novembre 2017, n.179 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*.

2.2 I Piani di prevenzione della corruzione

Il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha approvato il primo PNA nel 2013 (delibera n. 72 adottata in data 11 settembre 2013). Successivamente, col passaggio di competenze all'ANAC, tale Autorità ha adottato l'aggiornamento 2015 al PNA, per opera della determinazione del 28 ottobre 2015 n.12.

Nel 2016, con la delibera n. 831 del 3 agosto 2016 l'ANAC ha adottato il nuovo PNA ad integrazione e parziale modifica dei precedenti provvedimenti.

Da ultimo, ANAC ha approvato, con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017, l'aggiornamento 2017 al PNA.

Nella elaborazione del presente Piano si è pertanto tenuto conto di quanto prescritto nei piani nazionali, che costituiscono 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 RPCT 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.

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 27 gennaio 2017 è stato approvato il Piano dell'IZSLER relativo al periodo 2017-2019, che è stato, in corso d'anno, oggetto di revisione e aggiornamento, con i provvedimenti n.7/2017 e n.14/2017 del Consiglio di Amministrazione.

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

La strategia per la prevenzione e gestione 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*").

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: la comunicazione e la consultazione degli

stakeholder e 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.

Entrambe le Regioni di riferimento dell’IZSLER forniscono ai RPCT delle aziende ed enti dei rispettivi sistemi socio-sanitari regionali disposizioni/direttive in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, al fine di prestare loro il supporto e la collaborazione necessari per un’azione costante ed efficace di prevenzione della corruzione e dell’illegalità.

3 Analisi del contesto esterno ed interno

Per 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 l’Istituto opera e del settore socio-economico relativo alle attività istituzionali che svolge (contesto esterno), nonché in ordine alla propria organizzazione (contesto interno).

La disamina in ordine al contesto esterno e interno ha il fine ultimo di permettere una analisi completa delle attività svolte dall'IZSLER e di consentire, in particolare, l'esatta identificazione di quelle attività che, in ragione della loro natura e delle loro peculiarità, risultano - anche solo potenzialmente - esposte a rischi corruttivi.

Soltanto un'analisi di questo tipo permette di inquadrare i singoli processi dell'IZSLER in maniera corretta, sia nell'ambito delle aree di rischio obbligatorie e generali, già definite dal PNA 2013, sia nelle c.d. "aree specifiche" (previste dal PNA 2015).

3.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stata elaborata sulla base di quanto illustrato nei Piani precedenti e quindi sulla scorta di dati acquisiti dal Ministero dell'Interno, dai PTPCT delle due regioni di riferimento, nonché dall'Osservatorio sulla criminalità nell'agricoltura e sul sistema agroalimentare promosso da Coldiretti.

L'obiettivo è di 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.

3.1.1 L'IZSLER nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale 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 le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. L'IZSLER si avvale di 17 sedi territoriali situate nelle regioni Lombardia (Brescia, Bergamo, Mantova, Cremona, Sondrio, Binago (VA), Milano, Pavia e Lodi) ed Emilia-Romagna (Bologna, Gariga (PC), Parma, Reggio nell'Emilia, Modena, Forlì, Ravenna 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. La sua sede legale è a Brescia.

I dati rappresentativi delle regioni di competenza dell'IZSLER, aggiornati al 01/01/2017 (ISTAT), sono i seguenti:

| Regione | Popolazione residente | Superficie km2 | Densità abitanti | Numero comuni | Numero province |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|
| Lombardia | 10.019.166 | 23.863,65 | 420 | 1.516 | 12 |
| Emilia-Romagna | 4.448.841 | 22.452,78 | 198 | 331 | 9 |

La Regione Lombardia può considerarsi come la "locomotiva d'Italia" essendo la regione più ricca e popolosa dell'intera nazione. Il suo capoluogo, Milano, rappresenta il principale centro economico e finanziario d'Italia; considerando l'agglomerato urbano è la città con più abitanti (5.265.000) ed è anche quella più industrializzata. La struttura produttiva e imprenditoriale risulta essere una delle più solide nel panorama nazionale e europeo. Il

2015 si è chiuso con segnali positivi: la produzione, infatti, è cresciuta dell'1,5% (media annua) e gli ordini hanno segnato un +1,0% dall'interno e + 2,8% dall'esterno. Parimenti, risulta in aumento anche il fatturato (+3,3%). Sul fronte occupazionale si registrano, nel 2016, il quarto ed il quinto trimestre consecutivi di crescita del numero di occupati: il dato congiunturale è di circa 67mila occupati in più rispetto al primo trimestre dell'anno (+1,6%), mentre quello tendenziale mostra 140mila occupati in più rispetto al secondo trimestre 2015 (+2,7%, meglio del dato medio nazionale: +2%).⁴

Anche il fronte agro-alimentare lombardo rappresenta il più importante a livello italiano e uno dei più rilevanti nel contesto europeo. I terreni molto fertili della Pianura Padana hanno favorito lo sviluppo di un'agricoltura molto redditizia, che utilizza sistemi avanzati di coltivazione. Colture principali sono quelle di cereali, frutta, ortaggi, uva da vino e foraggi. L'allevamento è concentrato su bovini e suini, con tutti i prodotti derivati (latte, burro, formaggi, carne). Già nel 2014, con i suoi quasi 2 miliardi di euro, la Lombardia ha contribuito al 7,4% del valore della produzione vegetale in Italia. Ancora più rilevante la quota di valore della produzione animale che, con quasi 4,5 miliardi di euro, pesa per oltre un quarto sul totale nazionale (26,3%). Il valore della produzione agro-industriale regionale è pari a 12,3 miliardi di euro, con una quota pari al 15,6% del totale italiano. Tale valore rappresenta circa il 3,7% del PIL regionale, ma la quota sale all'11,5% se si tiene conto dei margini di commercio e di trasporto.

La Regione Emilia-Romagna rappresenta, nel panorama italiano, una delle più estese dal punto di vista territoriale nonché più popolose.

Come evidenziato dall'analisi che introduce il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) 2018, l'economia emiliano-romagnola ha realizzato, negli ultimi anni, *performance* macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali.⁵

In particolare, l'Emilia-Romagna si afferma quale una tra le regioni più ricche e avanzate, il cui PIL è visto, dalle recenti stime, sempre maggiormente in crescita, affermandosi a valori più alti rispetto alla media nazionale.

Per quanto concerne il sistema agro-alimentare dell'Emilia-Romagna occorre segnalare che l'annata agraria 2016 è stata caratterizzata da un assestamento del valore della produzione dell'anno precedente, che ha visto tuttavia molti comparti operare in un contesto generale di crisi dovuta alla debolezza dei mercati mondiali ed europei.

Il valore della produzione lorda dell'agricoltura ha fatto registrare un nuovo aumento di circa il 3%, concentrato soprattutto fra le produzioni zootecniche, mentre l'utilizzo dei mezzi tecnici ha mostrato segni di ripresa influenzando sul valore aggiunto dell'agricoltura regionale.

Nel corso del 2016 il contributo delle esportazioni agro-alimentari è continuato ad aumentare (+2,5%), anche se in misura meno consistente rispetto al 2015, ma comunque superiore alla media totale dell'*export* della regione.⁶

Di seguito sono riportati alcuni dati significativi a rappresentare il patrimonio zootecnico e le aziende che operano nel territorio di competenza dell'Istituto forniti al RPCT dai dirigenti responsabili degli Osservatori Epidemiologici Regionali dell'IZSLER.

⁴ DEFR Regione Lombardia, approvato dalla Giunta Regionale con delibera. n. X/5711 DEL 24.10.2016.

⁵ DEFR Regione Emilia-Romagna approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 960 del 28.06.2017.

⁶ Il Sistema Agro-Alimentare dell'Emilia-Romagna, Rapporto 2016, a cura di Roberto Fanfani e Renato Pieri.

| CAPI LOMBARDIA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bovini e bufalini | 1.509.262 | 1.506.106 | 1.484.797 | 1.491.090 |
| Ovini e caprini | 208.088 | 200.391 | 211.995 | 214.388 |
| Suini | 4.344.570 | 4.366.865 | 4.013.925 | 4.340.861 |
| Avicoli* | 29.356.912 | 25.971.756 | 26.415.486 | 25.026.328 |
| Equini* | 58.239 | 58.769 | 61.595 | 62.058 |

*Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) per bovini, bufalini, ovicaprini e suini (31/10/2017) - * Banca Dati Regionale (BDR) per avicoli ed equini (17/11/2017)*

| 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 |

*BDN per bovini, bufalini, ovicaprini e suini (31/10/2016) - * BDR per avicoli ed equini (17/11/2017)*

| ALLEVAMENTI LOMBARDIA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bovini e bufalini | 19.830 | 19.531 | 18.995 | 18.734 |
| Ovini e caprini | 10.787 | 13.721 | 14.264 | 14.095 |
| Suini | 8.748 | 8.730 | 8.800 | 8.927 |
| Avicoli* | 3.937 | 3.030 | 3.117 | 3.164 |
| Equini* | 17.282 | 18.022 | 19.034 | 19.532 |

*BDN per bovini, bufalini, ovicaprini e suini (31/10/2016) - * BDR per avicoli ed equini (17/11/2017)*

| 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 |

*BDN per bovini, bufalini, ovicaprini e suini (31/10/2016) - * BDR per avicoli ed equini (17/11/2017)*

| MACELLAZIONI LOMBARDIA | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bovini e bufalini | 577.062 | 548.774 | 605.260 | 640.087 |
| Ovini e caprini | 48.993 | 48.183 | 43.043 | 49.011 |
| Suini | 4.342.123 | 4.304.199 | 4.156.863 | 4.216.532 |
| Avicoli | 62.913.661 | 55.359.869 | 58.746.572 | 59.729.209 |
| Equini | 3.343 | 3.043 | 2.975 | 2.856 |

U.O Veterinaria regione Lombardia e Sistema Informativo Servizio Veterinario (SIV) – aggiornamento 31/12/2016

| MACELLAZIONI EMILIA-ROMAGNA | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Bovini e bufalini | 450.061 | 414.701 | 369.390 |
| 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 |

BDN AL 31.10.2016

3.1.2 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 4 gennaio 2017, è meta di consistenti flussi migratori, caratterizzata da un considerevole tessuto economico-produttivo, rappresentando la maggiore piazza finanziaria nazionale.

La Regione è esposta a svariate manifestazioni di criminalità, tra cui spiccano le associazioni per delinquere – sia di tipo mafioso sia costituite da gruppi malavitosi stranieri – attratte dalle opportunità di reinvestimento dei proventi da attività illecite. L'associazione criminale più strutturata e invasiva in Lombardia è la *'Ndrangheta*, che agisce in diversi settori, adoperandosi in operazioni di riciclaggio, narcotraffico, usura, delitti contro il patrimonio e la persona. Risulta una certa permeabilità del tessuto economico lombardo alle infiltrazioni criminali, che presentano una capacità di influenza delle strutture economiche (*“imprese amiche”*), politiche e amministrative.

La Pubblica Amministrazione appare in molti casi vulnerabile rispetto alle ingerenze esterne, con casi di corruzione, concussione e abuso d'ufficio da parte di amministratori e dirigenti di strutture pubbliche, soprattutto nell'ambito degli appalti di lavori o dei servizi pubblici locali. Eventi corruttivi si registrano anche in settori sensibili per la comunità, come il settore sanitario e quello della gestione dei rifiuti.

L'azione di contrasto alla criminalità organizzata si sta orientando verso l'esplorazione dei reati di natura fiscale e contro la pubblica amministrazione, in quanto, in molti casi, tali situazioni di illegalità sono prodromiche e funzionali alla commissione di ulteriori reati, permettendo alla criminalità organizzata di espandersi.

La Regione Emilia-Romagna presenta un sistema economico dinamico, che risulta polo attrattivo per la criminalità organizzata, soprattutto quella di tipo mafioso proveniente dal sud Italia.

Il tessuto economico e sociale viene compromesso dall'immissione di capitali di illecita provenienza, attraverso l'acquisizione di proprietà immobiliari e di attività commerciali – anche sfruttando la contingente crisi che penalizza, in particolare, le piccole e medie imprese – nonché con l'illecita aggiudicazione di appalti pubblici.

L'articolata rete di relazioni impostata dalle associazioni criminali – in particolare dalla *'Ndrangheta* – riguarda esponenti dell'imprenditoria e anche funzionari infedeli della Pubblica Amministrazione.

Nella Regione si registra anche la presenza di importanti traffici di sostanze stupefacenti e di favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione, da parte di organizzazioni criminali autoctone e straniere.

Con specifico riferimento all'area di intervento dell'azione dell'IZSLER - costituito dal settore agroalimentare e da quello delle produzioni zootecniche - si registra negli ultimi anni l'accrescersi dei fenomeni di infiltrazione della criminalità organizzata sull'intero territorio

nazionale, coinvolgendo anche le Regioni di riferimento per l'Istituto. Dal "*Rapporto sulle Agromafie 2017*", elaborato da Coldiretti, Eurispes e Osservatorio sulla criminalità nell'agricoltura e sul sistema agroalimentare, si stima che il giro d'affari delle agromafie in Italia sia pari a 22 miliardi di euro, con un balzo del 30% nell'ultimo anno.

Considerata la gravità di tale fenomeno, il Consiglio dei Ministri, in data 1 dicembre 2017, ha approvato un disegno di legge per introdurre nuove norme per i reati agroalimentari. Tale provvedimento persegue lo scopo di rafforzare la tutela della salute dei consumatori e promuove la massima legalità nella filiera del cibo.

3.1.3 Attività di contrasto sociale e amministrativo

Si segnalano, di seguito, alcune misure ed iniziative di contrasto dei fenomeni di illegalità messe in atto dalle due Regioni di riferimento.

Per quanto riguarda la Regione Lombardia, con la legge regionale 17 marzo 2016, n. 5 e successive modifiche è stata istituita l'Agenzia Regionale Anticorruzione (ARAC), che svolge attività di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Regione e negli Enti del sistema regionale, nel rispetto della normativa nazionale. Esercita funzioni di indirizzo, raccomandazione e controllo anche mediante la richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti. In particolare:

- svolge attività di supporto dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza della Regione e degli Enti regionali;
- analizza, a livello regionale, le cause e i fattori dei comportamenti corruttivi e individua azioni di contrasto;
- promuove la collaborazione con l'ANAC e con la sezione regionale di controllo della Corte dei Conti, previa intesa stipulata dalla Regione;
- esprime pareri sulla conformità di atti e comportamenti dei funzionari pubblici alla legge e al codice di comportamento;
- riferisce al Consiglio regionale sull'attività svolta sull'efficacia delle disposizioni.

Nella Regione opera la Commissione Antimafia del Consiglio Regionale con la finalità di indagare il fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata nel territorio lombardo e per individuare misure idonee a contrastarlo. Essa svolge attività di ricerca, approfondimento, promozione di iniziative, nonché di monitoraggio sull'efficacia delle misure adottate.

Presso il Consiglio della Regione Lombardia è stato istituito, con la legge regionale n. 17/2015, il Comitato Tecnico Scientifico con funzioni consultive in materia di contrasto e prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata di stampo mafioso e di promozione della cultura della legalità.

La legge regionale n.33/2009 ha introdotto l'Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo, con funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi delle strutture di controllo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), analisi dei dati, introduzione di un sistema di monitoraggio per migliorare la *governance* della salute pubblica regionale.

Tra le buone prassi regionali si segnala l'adesione all'iniziativa promossa da *Transparency International* Italia dedicata alla realizzazione di progetti pilota per promuovere l'integrità, la trasparenza e la responsabilità nelle procedure d'appalto che utilizzano i fondi strutturali e di coesione europei.

La Regione Emilia-Romagna ha approvato la legge regionale n.18/2016, rubricata "*Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili*", con la finalità di contrastare i fenomeni d'infiltrazione e radicamento di tutte le forme di criminalità organizzata e i fenomeni corruttivi e per

rafforzare la cultura della legalità. Tale normativa regionale prevede che annualmente la Giunta predisponga un piano integrato delle azioni regionali poste in essere nel perseguimento degli obiettivi di legalità con specifica indicazione delle risorse, finanziarie e organizzative, a tal fine destinate.

Il primo Piano per l'anno 2017 è stato approvato con D.G.R. n. 711 del 31 maggio 2017, che ha previsto, tra l'altro:

- l'istituzione di una Consulta regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile, presieduta dal Presidente della Regione, quale organo di consulenza e proposta alla Giunta, nei cui confronti svolge attività conoscitive, propositive e consultive nelle politiche regionali tese alla prevenzione del crimine organizzato e della corruzione e per la promozione della cultura della legalità della cittadinanza responsabile;
- l'attribuzione alla Giunta regionale di funzioni di osservatorio sui fenomeni connessi al crimine organizzato, mantenendo un rapporto di costante consultazione con la cittadinanza, le associazioni, le organizzazioni sindacali, anche al fine di individuare le migliori pratiche;
- l'istituzione, d'intesa tra la Giunta regionale e l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea legislativa, di un centro di documentazione sui fenomeni connessi al crimine organizzato e mafioso, per lo sviluppo di conoscenze in materia;
- la diffusione della cultura della legalità presso gli operatori economici per mezzo di iniziative *ad hoc*, quali la Carta dei principi della responsabilità sociale delle imprese da parte delle imprese beneficiarie di finanziamenti regionali;
- la costituzione di una rete per l'integrità e la trasparenza come sede di confronto tra i RPCT degli enti locali del territorio e di condivisione di esperienze;
- l'attribuzione alla Regione delle funzioni di sezione regionale dell'Osservatorio dei contratti di lavori, servizi e forniture, svolgendo compiti di monitoraggio ulteriori rispetto a quelli previsti dal Codice dei contratti pubblici.

La Regione Emilia-Romagna ha costituito un'Area Organizzativa che si occupa, nella struttura di diretta collaborazione della Presidenza della Giunta regionale, di sicurezza, polizia locale e legalità.

Con la legge regionale primo giugno 2017, n.9 "*Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*" la Regione Emilia-Romagna ha introdotto ulteriori disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza⁷.

⁷ Ai sensi dell'art. 5 "1. In coerenza con i principi e le finalità della legge regionale 28 ottobre 2016, n. 18 (*Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili*) e, nello specifico, con quanto disposto dall'articolo 15, *le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale perseguono gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza, in particolare mediante: a) l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione), al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo; b) la programmazione, nell'ambito dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione, di obbligatorie misure di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali, secondo criteri definiti in coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano nazionale anticorruzione; solo nei casi, adeguatamente motivati, in cui la rotazione non sia possibile, devono essere programmate misure alternative di prevenzione della corruzione con effetti analoghi; c) l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni del 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) e delle misure specifiche contenute all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità; d) l'emanazione, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo n. 165 del 2001, del codice di comportamento dei dipendenti, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il codice di comportamento prevede il dovere da parte del personale di assicurare la pubblicizzazione, tramite apposita dichiarazione da rendersi annualmente in forma completa all'ente di appartenenza, di tutti i rapporti intercorsi, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale; detta dichiarazione specifica tutti gli eventuali emolumenti percepiti e i benefici goduti, sia direttamente che indirettamente. Il codice di comportamento deve contenere la previsione per cui l'eventuale violazione del dovere di rendere*

3.2 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.

3.2.1 Funzioni e competenze dell'IZSLER

L'IZSLER svolge compiti inerenti l'area della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e del benessere animale, nonché attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria⁸. 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 intesa 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;

la predetta dichiarazione, nonché di fornire le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche, previsto dalla vigente normativa di legge per il personale titolare di incarico dirigenziale, è fonte di responsabilità disciplinare ed è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile, ai sensi dell'articolo 54, comma 3, del decreto legislativo n. 165 del 2001. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, le disposizioni contenute nei due periodi precedenti integrano il contenuto dei codici di comportamento definiti dalle Aziende e dagli Enti del Servizio sanitario regionale. Le predette amministrazioni sono tenute ad esercitare il potere disciplinare in caso di mancato assolvimento, nel rispetto delle procedure definite dalle amministrazioni stesse, dei doveri prima richiamati".

⁸ Cfr. Piano delle Performance 2017-2019 adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 20 febbraio 2017.

- consulenza e assistenza agli allevatori per la bonifica zoosanitaria, 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 Aziende Sanitarie;
- sia assicurata una gestione contabile separata.

I settori di competenza istituzionale dell'IZSLER 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 dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'arma dei Carabinieri e degli organi periferici del Ministero della salute.

• **Benessere Animale:** l'accertamento dei livelli del benessere animale è funzionale all'attività di certificazione delle filiere alimentari, in linea con le attuali direttive dell'Unione Europea sulla qualità delle produzioni zootecniche (intesa come qualità totale del processo produttivo) e sulla valorizzazione delle produzioni locali tipiche. I parametri che caratterizzano lo stato di benessere sono la sintesi di un approccio combinato, multidisciplinare, basato su competenze di clinica, etologia, immunologia, immunobiochimica e sull'applicazione di tipologie analitiche di biochimica clinica.

• **Formazione:** si configura come una delle *mission* più importanti e comporta la formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di paesi esteri. L'IZSLER pianifica strategicamente le attività in tale settore, al fine di soddisfare il fabbisogno formativo in coerenza con le performance aziendali, progettando interventi formativi *ad hoc* e corsi accreditati ECM. Inoltre, mediante convenzioni, vengono accolti in Istituto ogni anno tirocinanti, frequentatori volontari e ricercatori, fornendo loro l'opportunità di svolgere attività di supporto tecnico scientifico nell'ambito del corso di studi o del percorso post-laurea, delle scuole di specializzazione e dei dottorati di ricerca.

L'IZSLER svolge inoltre attività di produzione, commercializzazione e distribuzione di prodotti per la lotta contro le malattie degli animali (antigeni, *kit* diagnostici, ecc.). Ai sensi della vigente normativa, le attività di produzione, commercializzazione e distribuzione di medicinali e prodotti, fatta eccezione per quelli non destinati all'immissione sul mercato, devono essere svolte in appositi reparti con impianti, attrezzature, personale a ciò dedicati e con gestione contabile separata⁹. Il Ministero della Salute può incaricare l'Istituto della preparazione e

⁹ Articolo 2, comma 2, dell'Intesa tra Regione Lombardia e Regione Emilia-Romagna ratificata con leggi regionali n.9/2014 e n.22/2014 rispettivamente di Regione Emilia-Romagna e Regione Lombardia.

distribuzione di prodotti per la profilassi (sieri, vaccini, autovaccini, ecc.).

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.

Tra i compiti istituzionali prioritari dell'IZSLER figura l'**attività di Ricerca**.

Il ruolo di ente di ricerca è già delineato nella legge 23 giugno 1970, n.503, recante "*Ordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali*", il cui art. 3 specifica che gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali provvedono, tra l'altro "*alle ricerche sperimentali sulla eziologia ed epizootologia delle malattie trasmissibili degli animali e sui mezzi per prevenirne l'insorgenza e combatterne la diffusione*". L'art. 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" include gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali tra gli enti che svolgono attività di ricerca corrente e finalizzata finanziata dal Ministero della Salute, specificamente per le problematiche relative all'igiene e alla sanità pubblica veterinaria. Con il decreto legislativo 30 giugno 1993, n.270 "*Riordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e con il relativo regolamento attuativo adottato con decreto ministeriale 16 febbraio 1994, n.190, vengono attribuiti agli IZZSS, tra gli altri, i seguenti compiti:

- Svolgimento di ricerche di base e finalizzate, per lo sviluppo delle conoscenze nell'igiene e sanità veterinaria, secondo programmi e anche mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, di Regioni ed enti pubblici e privati;
- Ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Studio, sperimentazione e produzione di tecnologie e metodiche necessarie al controllo sulla salubrità degli alimenti di origine animale e dell'alimentazione animale.

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*", conferma i compiti già attribuiti agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, delineati poi nelle leggi regionali della Lombardia (24 luglio 2014, n.22) e dell'Emilia-Romagna (30 giugno 2014, n.9).

I principali programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute ai quali partecipa l'IZSLER sono:

- la Ricerca Corrente
- la Ricerca Finalizzata

L'Istituto partecipa, inoltre, a progetti di ricerca europei e ad altri programmi di ricerca diversi da quelli finanziati dal Ministero della Salute, a progetti finanziati dalle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna.

L'Istituto, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, può sviluppare anche attività di ricerca autofinanziate proprie (progetti autofinanziati).

Infine, l'Istituto svolge anche progetti di ricerca commissionati e interamente finanziati da soggetti terzi privati, purché tale attività non interferisca con l'ordinario espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente e l'IZSLER possa utilizzare i risultati della ricerca a scopo interno di ricerca o di diffusione alle autorità competenti qualora ciò sia obbligatorio o necessario per prevenire o controllare eventuali rischi per la salute umana o animale.

3.2.2 Il Riordino Istituzionale e la riorganizzazione interna

Il decreto legislativo n.106/2012¹⁰ ha disposto il riordino degli Istituti Zooprofilattici

¹⁰ Capo II – artt. 9-16.

Sperimentali, incaricando altresì le Regioni di provvedere a riformare l'organizzazione e il funzionamento degli I.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 ha re-disciplinato l'organizzazione e il funzionamento dell'IZSLER mediante l'Intesa interregionale ratificata con le leggi regionali rispettivamente 30 giugno 2014, n.9 e 24 luglio 2014, n.22.

Ai sensi della succitata normativa, sono organi dell'IZSLER¹¹:

- **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. Definisce altresì 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 (art. 1, comma 8, legge n.190/12). L'attuale 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 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. 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, e l'assunzione delle relative funzioni in data 21 giugno 2016.
- **Il Collegio dei Revisori dei Conti** che vigila sull'attività amministrativa e sull'osservanza delle leggi, verificando la regolare tenuta della contabilità. Il Collegio dei Revisori dei Conti è stato costituito con provvedimento del Presidente della Regione Lombardia n.299 del 15 dicembre 2015.

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, con l'adozione da parte del Consiglio di Amministrazione del nuovo Statuto, entrato in vigore in data 18 luglio 2016. Il processo è proseguito con la presentazione da parte del Direttore Generale, della proposta della nuova organizzazione, approvata dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.10 del 24 ottobre 2016. L'atto di riorganizzazione è stato accompagnato dai regolamenti per la graduazione delle funzioni dirigenziali e dal regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali.

L'attuazione della riorganizzazione ha avuto inizio con l'adozione, da parte del Direttore Generale, del provvedimento n. 540 del 5 dicembre 2017 con il quale sono stati confermati i dirigenti delle seguenti strutture: Reparto Produzione Primaria, Sede territoriale di Bologna – Modena – Ferrara, Reparto Chimico degli alimenti di Bologna, Sede territoriale di Brescia, Sede territoriale di Forlì – Ravenna, Sede territoriale di Reggio Emilia, Reparto Virus Vescicolari e Produzioni Biotecnologiche, Sede territoriale di Pavia, Sede territoriale di Bergamo – Sondrio – Binago, U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo Competenze, Reparto Chimica Alimenti e Mangimi, Sede territoriale di Cremona – Mantova, U.O. Affari Generali e Legali. Sono state, inoltre, avviate le prime procedure concorsuali per il conferimento di alcuni incarichi dirigenziali.

Nel corso dell'anno 2018 il presente PTPCT farà riferimento ad un assetto organizzativo *in fieri* e, pertanto, si rinvia alla delibera del Consiglio di Amministrazione n. 7/2008 che

¹¹ Per una disamina dei compiti e delle funzioni dei principali organi dell'Istituto si rinvia a quanto contenuto nello Statuto dell'IZSLER adottato con Deliberazione del C.d.A. 30 maggio 2016, n. 5/2016 e approvato dalla Giunta Regione Lombardia con deliberazione n. X/5429 del 18 luglio 2016.

approva la precedente organizzazione (allegato A) e alla delibera del Consiglio di Amministrazione n.10/2016 che approva la nuova organizzazione (allegato B).

Per effetto della nuova organizzazione, all'interno dell'assetto dell'IZSLER sono altresì presenti i seguenti organismi:

- il **Comitato Tecnico Scientifico (C.T.S.)**: ai sensi del regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 11/2017 si occupa della valutazione dei progetti di ricerca sovvenzionati mediante finanziamento del Ministero della Salute o mediante finanziamenti interni od esterni all'Istituto.

Formula proposte ed esprime pareri sui seguenti ambiti:

- programmi di ricerca sperimentale, sulla eziologia e patogenesi delle malattie infettive, infestive e diffuse degli animali;
- attività di propaganda, consulenza ed assistenza agli allevatori per la bonifica zoonosanitaria e per lo sviluppo ed il miglioramento igienico delle produzioni animali;
- attività di formazione, anche presso istituti e laboratori di Paesi esteri, di personale specializzato;
- cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario anche stranieri;
- in ordine alle iniziative ed ai programmi per il miglioramento ed il potenziamento delle strutture scientifiche, tecniche ed operative dell'Istituto.

Si pronuncia, inoltre, su ogni altra questione che gli venga sottoposta dal Consiglio di Amministrazione;

- il **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità**, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.): 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. L'attività del C.U.G. è disciplinata da apposito regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 3/2012;

- il **Comitato Etico (C.E.)**: verifica che le attività sperimentali che prevedono l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette, in ottemperanza alle normative vigenti. Nello specifico il C.E., il cui regolamento è stato approvato con deliberazione del C.D.A. n. 11/2017, esprime parere in merito allo svolgimento di ogni attività di ricerca che preveda l'utilizzo di animali, a fini sperimentali o didattici;

- 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;

- il **Collegio Tecnico**: costituito ai sensi dell'art. 26 del C.C.N.L quadriennio 2002-2005. Si occupa della valutazione dei dirigenti aziendali. Il regolamento di funzionamento dello stesso è stato approvato con decreto del Direttore Generale n. 269 del 2016;

- il **Collegio di Direzione**: è composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai responsabili delle strutture complesse sanitarie ed amministrative e dal RAQ, si occupa di supportare la Direzione nelle decisioni strategiche, nell'ottimizzare e migliorare i rapporti di collaborazione e condividerne gli indirizzi.

L'Istituto è sede di **Centri di Riferenza 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 rimangono attivi dodici CdRN:

- 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
- Biobanca veterinaria (*Veterinary Biologicals Biobank*)

Il responsabile di ogni Laboratorio di referenza 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.

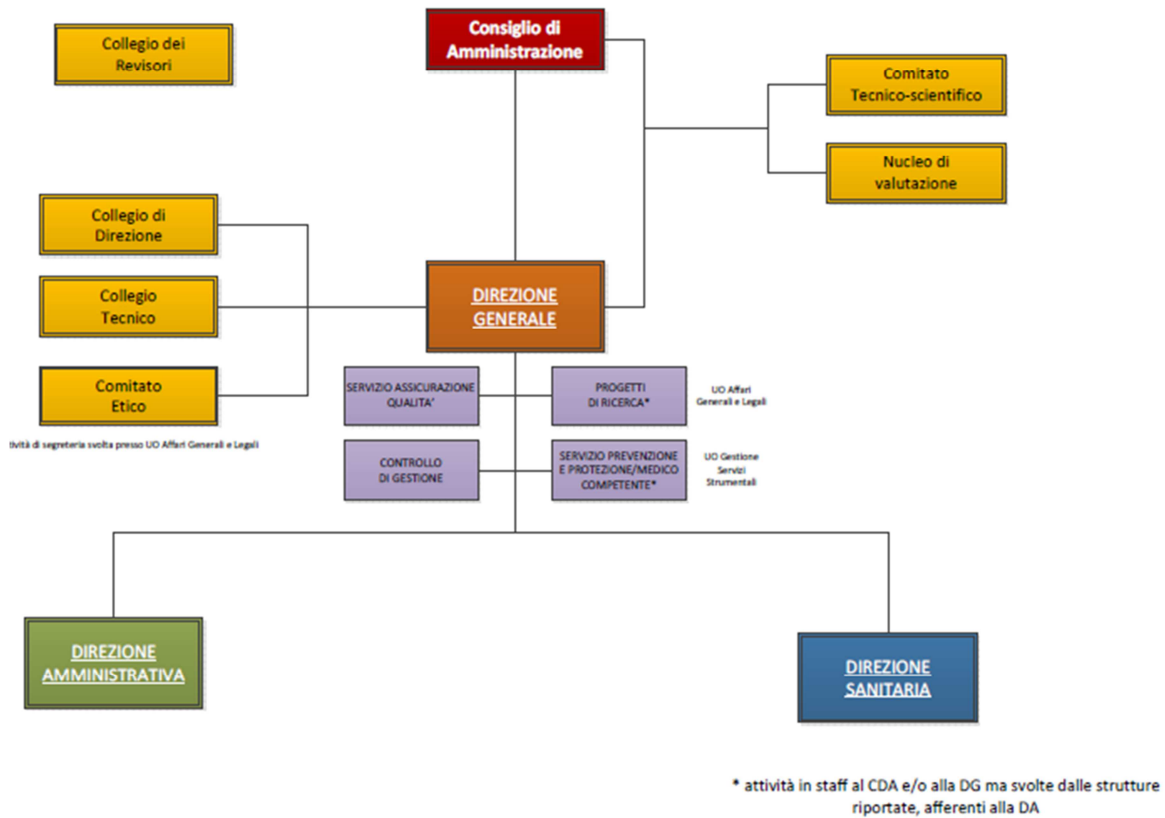
In ambito regionale l'IZSLER è centro di referenza per la Lombardia:

- per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione e potenziale impiego bioterroristico
- per la promozione e il coordinamento dei metodi alternativi

per l'Emilia-Romagna:

- per la conferma diagnostica di botulismo
- *Enternet* per i patogeni enterici.

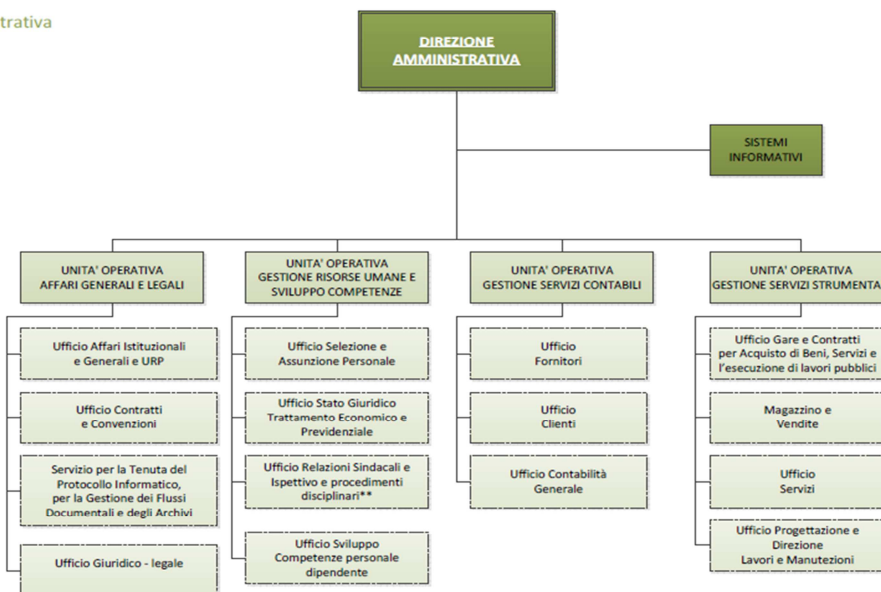
Di seguito si riporta il nuovo organigramma dell'IZSLER per macro-strutture, il cui atto di adozione è allegato al presente Piano (Allegato B).

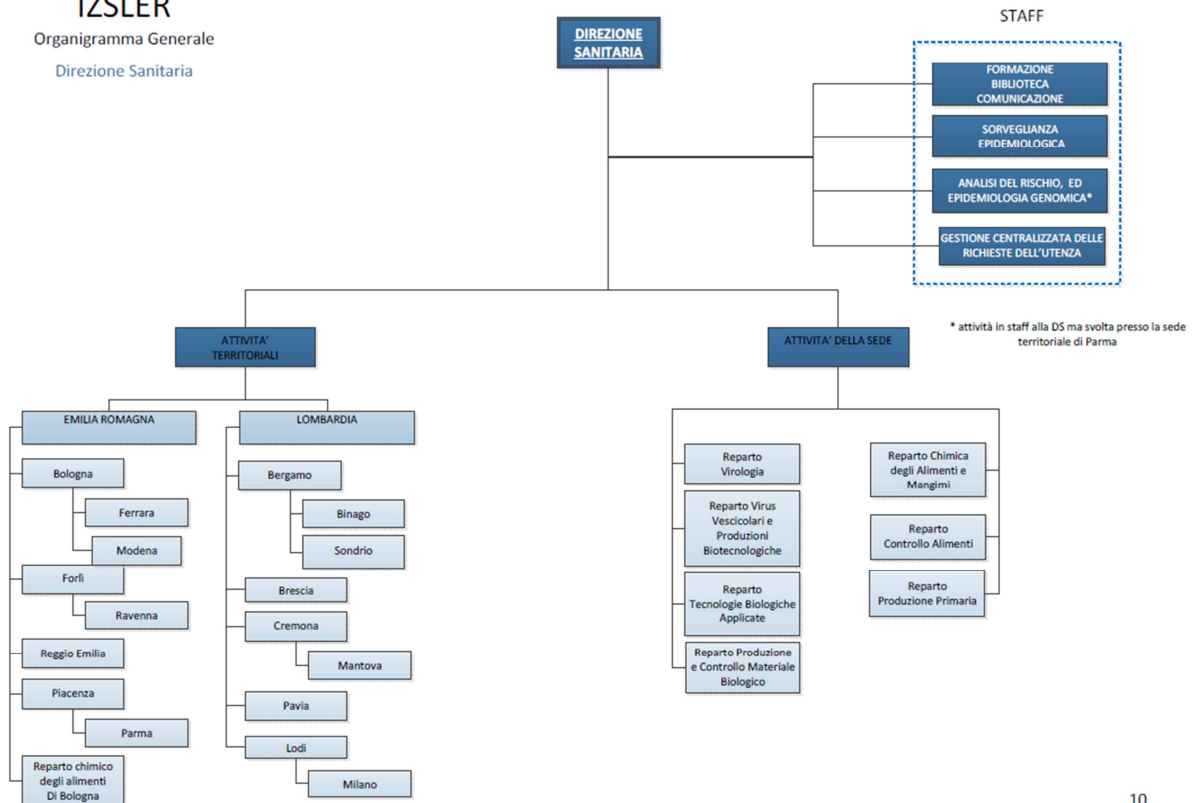


IZSLER

Organigramma Generale

Direzione Amministrativa





3.2.3 I controlli interni all'Istituto

Il sistema dei controlli interni dell'IZSLER è composto da una pluralità di strumenti, il tutto in ottemperanza alle previsioni del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286, concernente il "Riordino e il 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 Legge 15 marzo 1997, n. 59". Con tale decreto il legislatore ha voluto ridisegnare il sistema dei controlli nel suo complesso, individuando quattro fondamentali tipologie di controllo interno.

Nello specifico, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, di predetto decreto "Le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati a:

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) 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 (valutazione e controllo strategico)".

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile, la cui disciplina trova fondamento nel decreto legislativo 30 giugno 2011, n.123, *"Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della Legge 31 dicembre 2009, n.196"* rientra - sotto il profilo della natura giuridica - nell'ambito dei controlli di legittimità, in quanto ha come obiettivo quello di assicurare la rispondenza dell'azione amministrativa alla normativa vigente. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile viene esercitato dal Collegio dei Revisori dei Conti, il quale verifica la pertinenza e regolarità delle attività realizzate dall'IZSLER, anche per assicurare il corretto utilizzo delle risorse patrimoniali, nell'ottica della realizzazione degli interessi pubblici e del buon andamento dell'amministrazione. Nello specifico, il Collegio dei Revisori ha il compito di:

- verificare la corrispondenza dei dati riportati nel conto consuntivo o bilancio d'esercizio con quelli analitici desunti dalla contabilità generale tenuta nel corso della gestione;
- verificare l'esistenza delle attività e passività e l'attendibilità delle valutazioni di bilancio, la correttezza dei risultati finanziari, economici e patrimoniali della gestione e l'esattezza e la chiarezza dei dati contabili presentati nei prospetti di bilancio e nei relativi allegati;
- esprimere il parere in ordine all'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo o bilancio d'esercizio da parte del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto;
- effettuare almeno ogni trimestre controlli e riscontri sulla consistenza della cassa e sulla esistenza dei valori, dei titoli di proprietà e sui depositi e titoli a custodia;
- effettuare il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori.

Oltre alle verifiche di natura meramente contabile, il Collegio dei Revisori, nel rispetto della recente Circolare della Ragioneria dello Stato n.20/2017, effettua controlli su una molteplicità di materie, tra cui:

- pubblicità, trasparenza e anticorruzione;
- sicurezza e salute sul lavoro;
- obblighi tributari;
- obblighi previdenziali;
- affidamenti di forniture di beni e servizi e di lavori;
- riservatezza e trattamento dei dati;
- contenzioso.

Nello specifico, nel corso dell'anno 2017, il Collegio dei Revisori dell'IZSLER ha ampliato i controlli sulle materie di competenza.

Alle verifiche effettuate dal Collegio dei Revisori, l'IZSLER affianca ulteriori strumenti di controllo, sia di carattere preventivo sia successivo. Rientrano nella prima categoria:

- il visto di regolarità contabile apposto dal dirigente responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria per i provvedimenti che comportano la rilevazione di costi e/o ricavi nel bilancio dell'IZSLER;
- il visto di regolarità tecnica apposto dal dirigente proponente l'adozione di provvedimenti amministrativi;

- il parere tecnico del Direttore Sanitario sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale e il parere di legittimità del Direttore Amministrativo sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale e dal Consiglio di Amministrazione.

Uno strumento di controllo interno “*successivo*” adottato dall’IZSLER è rappresentato dalla trasmissione periodica degli elenchi di tutte le determinazioni dirigenziali ai tre direttori e al Collegio dei Revisori dei Conti; degli elenchi dei decreti del Direttore Generale al Consiglio di Amministrazione e ai Revisori dei Conti; degli elenchi delle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione al Collegio dei Revisori dei Conti.

Rientra nell’ambito dei controlli successivi - ancorché non propriamente interni - la vigilanza sugli organi e sull’attività dell’Istituto esercitata di concerto fra le giunta regionali della Lombardia e dell’Emilia-Romagna. Sono soggette a controllo specifico - propedeutico all’acquisizione di efficacia - i provvedimenti con cui sono approvati:

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

Nell’attuale organizzazione dell’Ente è assente un sistema di *internal auditing* e una struttura ad esso dedicata. Le corrispondenti funzioni di verifica sono svolte dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, per gli ambiti di rispettiva competenza. Per l’espletamento di tali funzioni, i due direttori si avvalgono rispettivamente del Servizio Assicurazione Qualità (DS) e del RPCT (DA). Entrambi i Direttori, in ragione degli ambiti di verifica, si avvalgono inoltre del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi, nonché di tutte le informazioni dirette ed indirette derivanti dalle interpretazioni incrociate fornite dalla predette articolazioni organizzative.

Il Servizio Assicurazione Qualità si occupa di definire i processi aziendali e di certificarne la qualità. In particolare, per quanto rilevante in questa sede, coadiuva il Direttore Sanitario nello svolgimento degli audit sull’attuazione delle misure di prevenzione del rischio di corruzione delle strutture sanitarie.

In relazione al programma aziendale per garantire la distinzione tra attività ufficiale e attività privatistica, nel mese di novembre 2017, il Direttore Sanitario con l’ausilio del Servizio Assicurazione Qualità ha effettuato controlli sul 25% delle strutture sanitarie. Conformemente agli obiettivi strategici del prossimo triennio in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, per il 2018 è stato previsto di innalzare il livello dei controlli al 50% delle strutture sanitarie.

Al Controllo di Gestione compete la verifica dell’efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati anche attraverso interventi di correzione. Esso si riferisce all’attività di ciascuna articolazione aziendale, al fine di valutarne la produttività segnatamente con riguardo al profilo dell’economicità, ossia del corretto utilizzo dei mezzi rispetto ai fini. Le attività del controllo di gestione “[...] sono svolte da strutture e soggetti che rispondono ai dirigenti posti al vertice dell’unità organizzativa interessata [...]”.

Tale tipologia di controllo opera in coordinamento con le altre tipologie di controllo (valutazione della dirigenza e controllo strategico) e supporta la funzione dirigenziale.

I Sistemi Informativi si occupano di definire le metodologie dei processi informatici a supporto delle attività aziendali attraverso l'implementazione degli strumenti informatici in uso assicurando in tal modo l'integrità dei dati e della produzione documentale.

E' in via di definizione in Istituto un percorso di implementazione degli strumenti informatici in uso nonché di informatizzazione delle procedure, sia per assicurare l'integrità sia per rendere più efficiente e meno gravoso per le strutture il sistema dei controlli.

Con riferimento a questo secondo profilo, nel 2017 è stato messo a punto un applicativo informatico, già utilizzato per la rendicontazione delle misure di prevenzione, ed ora a disposizione delle strutture aziendali anche per l'attività di nuova mappatura, valutazione e trattamento del rischio.

Per una gestione più efficiente delle attività dell'Istituto, soprattutto di tipo sanitario, è di particolare rilevanza per il prossimo triennio poter disporre di sistemi informativi adeguati.

3.2.4 Personale

Si riportano di seguito i dati più significativi relativi al personale dell'IZSLER, al 31 dicembre 2017.

| AREA/ CATEGORIA | TEMPO INDETERMINATO | TEMPO DETERMINATO |
|--|----------------------------|--------------------------|
| COMPARTO - CATEGORIA A | 2 | 0 |
| COMPARTO - CATEGORIA B (B+B _s) | 85 | 1 |
| COMPARTO - CATEGORIA C | 231 | 23 |
| COMPARTO - CATEGORIA D (D + D _S) | 181 | 7 |
| DIRIGENTI | 116 | 3 |

Procedimenti disciplinari attivati nel corso dell'anno 2017

Nel corso dell'anno 2017 è stato effettuato un solo procedimento disciplinare con l'irrogazione della sanzione del rimprovero scritto. Il fatto contestato è ascrivibile alla fattispecie prevista dal CCNL dell'Area Personale di Comparto del SSN 2002/2003 - Art. 13, comma 4, lett. c) rubricato "*Negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati, nella cura dei locali e dei beni mobili o strumenti a lui affidati o sui quali, in relazione alle sue responsabilità, debba espletare attività di custodia o vigilanza*".

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.

Il PNA 2015 ha evidenziato che, ai fini di una migliore qualità del processo di gestione del rischio corruttivo, è necessario un effettivo coinvolgimento di una pluralità di attori, interni ed esterni, con un'adeguata distribuzione di compiti, ruoli e responsabilità, anche al fine di una condivisione degli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il d.lgs. n.97/2016 ha esteso il novero dei soggetti coinvolti nelle attività di prevenzione del rischio: il RPCT rimane la figura centrale e di coordinamento dell'intero sistema preventivo, ad esso si affiancano l'Organismo Indipendente di Valutazione (in IZSLER il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) e l'organo di indirizzo, secondo le competenze meglio delineate di seguito. Il ruolo principale è ricoperto dai dirigenti di struttura - quali titolari del rischio - che sono tenuti, in particolare, a definire il processo di gestione del rischio, effettuando la mappatura dei processi; l'individuazione, la ponderazione e la valutazione del rischio corruzione; proponendo le misure di prevenzione (trattamento del rischio) e assicurando la loro corretta adozione e rendicontazione. I dirigenti sono inoltre tenuti ad osservare, a verificare e garantire il rispetto del Codice di Comportamento da parte di tutti i dipendenti. Questi ultimi devono osservare le misure contenute nel PTPCT, segnalare situazioni di conflitto di interessi anche potenziale e eventuali illeciti di cui abbiano avuto conoscenza.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei soggetti esterni, esso si attua nella fase antecedente l'adozione del Piano, con le osservazioni degli *stakeholder* alla proposta del Piano in consultazione, nonché nella fase successiva, in quanto i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione devono osservare le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta derivanti dal Codice di Comportamento e possono segnalare eventuali illeciti al RPCT.

Alla luce del delineato quadro normativo di riferimento, il RPCT nel corso del 2017 ha avviato un processo di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati dal sistema di prevenzione della corruzione. Tale processo ha preso le mosse dall'attività di formazione e sensibilizzazione sulle tematiche di etica, legalità e trasparenza amministrativa.

Parallelamente all'attività di formazione, il RPCT ha avuto cura di fornire informazioni specifiche su ruoli e responsabilità di ciascuno, al fine di creare un efficace sistema di prevenzione del rischio corruttivo in Istituto.

In particolare, a seguito del confronto che il RPCT ha avuto col Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sono state fornite a tutti i dirigenti indicazioni su come svolgere le attività di mappatura dei processi di competenza, valutazione e trattamento del rischio.

Il sistema di *risk management* avviato dovrà essere meglio strutturato e reso più organico nel prossimo triennio.

4.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 28, comma 2, del vigente Statuto, 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. n.97/2016 ha apportato alla legge n.190/2012 modifiche tese a rafforzare le funzioni degli organi di indirizzo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'organo di indirizzo politico, in base alla vigente normativa statale e regionale, nonché ai 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. n.33/2013, come novellato dall'art. 10 del d. lgs. n.97/2016, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico dell'IZSLER;

c) adotta il codice di comportamento;

d) adotta il PTPCT (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 dà contezza all'Autorità nazionale anticorruzione, pubblicando il Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente";

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.

Il Direttore Generale, quale organo di gestione dell'IZSLER, ha un ruolo prioritario e fondamentale ai fini della prevenzione della corruzione. Ai sensi dell'art. 16 dello Statuto, "*Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, ne dirige le attività, compresa quella scientifica, ed è responsabile della gestione complessiva dell'Istituto stesso*".

4.3 Il 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*. In particolare, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni valida la relazione sulle *performance*, di cui all'art. 10 del d. lgs. n.150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propone all'organo deputato 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. n.150/2009.

In esecuzione delle modifiche che il d. lgs. n.97/2016 ha apportato alla legge n.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. n.33/2013, il NVP verifica che gli obiettivi stabiliti nel Piano delle *performance* siano coerenti con il PTPCT e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Il Piano triennale e il Piano delle Performance, infatti, sono strettamente connessi, visto che le attività svolte per l'attuazione del primo rientrano tra gli obiettivi esplicitati nel secondo. In rapporto a tali obiettivi il Nucleo verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone annualmente e trasmette allo stesso Nucleo, oltre che al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n.190/2012. Nell'ambito di 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, comma 8-bis, della legge n.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. n.33/2013).

Il Nucleo riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, comma 7, legge n.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

La Dott.ssa Laretta Cocchi, dirigente responsabile dell'U.O. Affari Generali e Legali e Progetti di Ricerca, ha assunto le funzioni di RPCT dell'IZSLER in data 12 dicembre 2016.

In ordine alla durata dell'incarico di RPCT, il PNA 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”.

I compiti del RPCT sono di seguito elencati:

- a) in base a quanto previsto dalla legge n.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 dicembre¹² 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. n.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 n.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. n.33/2013, come modificato e integrato dal d. lgs. n.97/2016, 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

¹² Tale termine negli ultimi anni è stato prorogato da ANAC con apposito provvedimento.

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.

4.5 Il 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”*.

Per tale ragione, con il PTPCP 2017-2019 è stato istituito il Gruppo di Supporto la cui composizione mira ad assicurare, in una logica di integrazione delle attività ed in stretta interconnessione con l’attuale assetto organizzativo e con il sistema aziendale di controllo interno, competenze multidisciplinari a supporto del RPCT, garantendo al contempo la rappresentanza di tutte le aree a maggior rischio corruzione e delle articolazioni aziendali a maggiore complessità organizzativa.

Il Gruppo di Supporto è costituito dai seguenti componenti:

- il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, quali responsabili dei rispettivi servizi dell’Istituto, al fine di assicurare la giusta sinergia a livello aziendale;
- il dirigente responsabile dell’UO Gestione del Personale, a cui afferisce l’Ufficio Procedimenti Disciplinari e Servizio Ispettivo, il quale opera in raccordo con l’RPCT;
- il dirigente responsabile dei Sistemi Informativi, quale struttura con funzioni di supporto alle attività di *audit*;

Sono inoltre componenti del Gruppo di Supporto:

- il Dott. R. Possenti, quale esperto di controllo di gestione a supporto alle attività di *audit*;
- la Dott.ssa A. G. Mascher, quale esperta di assicurazione qualità;
- la Dott.ssa M. Marino, quale esperta del settore dei contratti pubblici;
- la Dott.ssa N. Arrigoni, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sanità animale (settore bovini);
- il Dott. F. Paterlini, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sicurezza alimentare;
- il Dott. G. Merialdi, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sanità animale (settore suini).

Al Gruppo di Supporto sono attribuiti i seguenti compiti:

- supporto e collaborazione stabile e permanente con il RPCT per gli adempimenti relativi all’anticorruzione e alla trasparenza;
- coordinamento delle attività espletate dalle strutture dell’Ente 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.

In particolare, nell’ambito della gestione del rischio il Gruppo di Supporto svolge le seguenti attività:

- 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);

- 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;
- verifica di tutti i processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nei PNA, descritti e rappresentati in maniera puntuale;
- 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);
- identificazione puntuale delle responsabilità organizzative (a livello dettagliato, sia per i processi/macro processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nei PNA 2013, 2015 sia anche per ulteriori processi/macro processi);
- 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 Gruppo di Supporto collabora inoltre con tutti i soggetti dell’Istituto in termini di valutazioni, pareri, proposte e contributi conoscitivi, con riferimento, a titolo esemplificativo, alla definizione degli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione; alla definizione della proposta del PTPCT; 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.

4.6 I “Referenti per l’Anticorruzione e la Trasparenza”

In considerazione dell’organizzazione dell’IZSLER, su proposta della Direzione e del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e in collaborazione con i responsabile delle articolazioni aziendali interessate, si è ritenuto opportuno creare un gruppo operativo quale rete di “Referenti per l’Anticorruzione e la Trasparenza” (di seguito semplicemente “Referenti”). I nominativi dei *Referenti* sono individuati nella tabella sottostante.

| STRUTTURA | REFERENTI |
|---|---|
| Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria | Cristiana Pietta Luciana Tognoli |
| U.O. Economico Finanziaria | Federico Agostini Monica Orsini |
| U.O. Sistemi Informativi | Riccardo Possenti |
| U.O. Provveditorato Economato e Vendite (contratti pubblici, settore beni e servizi) | Alessandra Apollaro Simona Gusmeri |
| U.O. Tecnico Patrimoniale (contratti pubblici, settore lavori) | Elisabetta Pedrini Daniela Armellini |

| | |
|--------------------------------------|--|
| U.O. Gestione del Personale | Giorgio Minelli Elena Olivini |
| Formazione/Biblioteca | Luisa Garau Margherita Franceschini |
| Controllo di Gestione | Simone Cominelli |
| U.O. Affari Generali e Legali | Roberta Billè |

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 anticorruzione e trasparenza. L'obiettivo è quello di creare, attraverso la rete dei Referenti, un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato, che offre maggiori garanzie di successo.

Per quanto riguarda la prevenzione della corruzione, i Referenti, in particolare, dovranno supportare sia il RPCT sia i dirigenti responsabili delle strutture nelle seguenti attività:

- mappatura dei processi, in particolare, di carattere amministrativo;
- individuazione e valutazione del rischio corruzione nei singoli processi;
- individuazione di misure idonee a contrastare il rischio corruzione;
- monitoraggio costante della attuazione delle misure di contrasto da parte dei dirigenti responsabili;
- elaborazione della revisione annuale del Piano;
- cura e supervisione dei controlli.

Per quanto riguarda la Trasparenza, con riferimento alla struttura organizzativa di appartenenza, i Referenti:

- a) supportano il RPCT e i dirigenti responsabili delle pubblicazioni nell'assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa (ed i relativi aggiornamenti), secondo quanto indicato nell'elenco degli obblighi di pubblicazione, allegato G del presente Piano;
- b) supportano i dirigenti responsabili delle pubblicazioni nel garantire l'attuazione delle specifiche azioni previste nella sezione "Trasparenza" del Piano e nell'Allegato G;
- c) forniscono il necessario supporto ai colleghi della propria struttura che curano la raccolta e/o la pubblicazione dei dati richiesti;
- d) supportano il RPCT nelle attività di monitoraggio e di controllo previste nella sezione "Trasparenza" del Piano;
- e) segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

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 e/o articolazioni aziendali in staff alle Direzioni;

- I dirigenti di articolazioni aziendali, non afferenti a 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;
 - applicazione delle misure di prevenzione e loro rendicontazione;
 - revisione del ciclo di gestione del rischio in base alle risultanze della rendicontazione;
 - contribuiscono al monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture;
- c) assolvono agli obblighi di pubblicazione indicati nel Piano;
- d) assicurano la regolare attuazione della normativa in materia di accesso civico;
- e) vigilano sull'osservanza, oltre che del codice disciplinare, del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n.62/2013) e del codice di comportamento dell'IZSLER, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;
- f) rispettano le prescrizioni del d. lgs. n.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 PTPCT;
- c) adempiere agli obblighi del codice di comportamento di cui al DPR n.62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare l'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 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 d.lgs. n.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.

In seguito all'adozione del nuovo codice di comportamento (Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 13/2017) le funzioni dell'UPD sono state integrate e meglio specificate. In particolare l'UPD collabora con il RPCT, anche sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, all'aggiornamento costante del Codice di Comportamento, esamina le segnalazioni delle violazioni delle disposizioni di condotta, tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate e le segnala alle autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale.

All'UPD sono state attribuite, inoltre, funzioni di consulenza e assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice di Comportamento.

Per assicurare un collegamento funzionale tra gli organi dell'Istituto e al contempo garantire una maggiore efficienza del sistema di sorveglianza, l'UPD predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare e delle segnalazioni relative a condotte illecite da trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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 e 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 la 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.

Annualmente il RASA provvede alla trasmissione all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture prevista all'articolo 1, comma 32, della legge n.190/2012. L'Istituto è iscritto all'anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti con relativo codice AUSA.

Con atto registrato al protocollo generale dell'ente al n. 131 del 3.1.2017, il Direttore Generale ha nominato il dott. Giovanni Ziviani "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 La Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT

Il RPCT ha considerevoli responsabilità ai sensi di legge. In particolare, l'art. 1, comma 12, della legge n.190/2012 prevede l'imputazione di una responsabilità dirigenziale, disciplinare, amministrativa e civile 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 legge n.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 legge n.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".

5.2 La responsabilità dei dirigenti

Per garantire efficacia al sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione risulta fondamentale l'apporto dei dirigenti responsabili di struttura. 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.

I dirigenti responsabili di struttura in caso di violazione dei compiti di loro spettanza, rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e disciplinare. In particolare, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione previste dal Piano, sia disciplinarmente sia in termini di responsabilità dirigenziale, nell'ambito della valutazione annuale ed 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, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione.

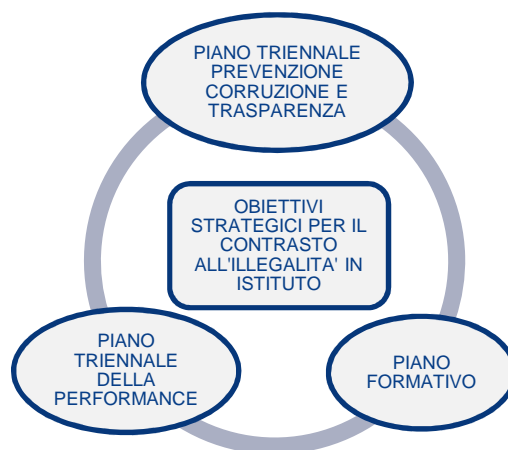
PARTE II – PROGRAMMAZIONE

6 Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2018-2020

Ai sensi della legge n. 190/2012 (cfr. i novellati commi 8 e 8 bis) l'organo di indirizzo politico definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, i quali costituiscono contenuto necessario del PTPCT e di tutti i documenti di programmazione strategico-gestionale adottati dall'Ente.

Tutti gli atti di programmazione devono coordinarsi tra loro in modo da garantire una gestione coerente ed efficiente dell'attività pubblica esercitata, nonché la creazione di un sistema organico di programmazione all'interno dell'Ente.

Il presente Piano si coordina con il Piano triennale della Performance, nonché col Piano Formativo, al fine di migliorare i meccanismi decisionali.



Per il triennio 2018-2020, il Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER intende proseguire nel processo già avviato di contrastare ogni forma di illegalità nella propria organizzazione intervenendo per:

1. Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione

Prioritariamente attraverso una adeguata applicazione del sistema di prevenzione basato sui principi di risk management e la corretta gestione dei casi di conflitto di interessi;

2. Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione

mediante l'implementazione dei sistemi di controllo interni e la revisione della procedura sulla whistleblowing policy;

3. Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione

con il rafforzamento delle misure di formazione e di sensibilizzazione del personale a ciascun livello dell'organizzazione aziendale.

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 oppure attinenti

all'ordinaria attività dell'Istituto (e pertanto non necessariamente correlati agli obiettivi strategici) 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 2018-2020 finalizzati a contrastare ed a prevenire il fenomeno corruttivo sono:

- **Attuazione della distinzione 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 amministrativa e il nuovo accesso civico: *accountability* e qualità dei servizi;**
- **Razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi e lavori pubblici.**

6.1 Il Piano Triennale delle Performance

Per il rapporto di circolarità che sussiste tra i documenti di programmazione dell'Ente, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni verifica che il presente Piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1 co. 8 *bis* legge n.190/2012).

Il d.lgs. 25 maggio 2017 n. 74, ha riformato il d.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni¹³. Tra le novità di maggior rilievo vanno considerati in particolare: il riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con quello di programmazione strategica; l'introduzione della categoria degli obiettivi generali accanto a quella degli obiettivi specifici per una maggiore attenzione al livello "alto" della pianificazione; la centralità della performance organizzativa con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso e tenendo conto dei risultati conseguiti nell'anno precedente, che adeguati sistemi di monitoraggio devono rendere ben visibili.

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

¹³ Conformemente a quanto previsto nella normativa di riforma, il Dipartimento della Funzione Pubblica presso il Consiglio dei Ministri, Ufficio per la valutazione della performance, ha adottato le "linee guida per il Piano della Performance" del giugno 2017, con funzione di orientamento per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

- 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 vigente 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;
- c) 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;
- d) coinvolgere in attività di docenza dirigenti e funzionari interni, laddove siano disponibili all'interno dell'Amministrazione risorse con adeguate competenze professionali;
- e) 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 2018-2020.

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 anni, in esecuzione dei precedenti Piani adottati con provvedimenti del Direttore Generale n. 35 del 24 gennaio 2014, n. 42 del 29 gennaio 2015, n. 31 del 26 gennaio 2016 e n. 1 del 27 gennaio 2017.

Verranno descritte, infine, le misure individuate per il triennio 2018-2020.

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 che, in base alle informazioni disponibili e desumibili dall'analisi di contesto, sono considerati maggiormente esposti al rischio corruzione.

Le “Aree a rischio corruzione”, secondo la determinazione ANAC n. 12 del 2015, non modificata sul punto dai PNA 2016 e 2017, 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.

Oltre alle aree generali individuate nei Piani Nazionali Anticorruzione, 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 enti pubblici afferenti allo stesso settore dell'amministrazione interessata;
- 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 simili per tipologia e complessità organizzativa.

7.1 Aree a rischio generali

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 legge

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.”

Dall'analisi del Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 e dall'aggiornamento 2015 al PNA 2013 si desumono le seguenti Aree generali di rischio:

1. Acquisizione e progressione del personale;
2. Contratti pubblici 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;
5. Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio;
6. Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni;
7. Incarichi e nomine;
8. Affari legali e contenzioso.

L'aggiornamento 2015 al PNA ha dedicato un approfondimento specifico per il settore sanità - in ragione delle sue peculiarità intrinseche - rispetto a quattro delle sopra elencate aree di rischio, fornendo una serie di indicazioni puntuali a tutti gli enti sanitari. Si tratta delle seguenti quattro aree:

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

L'area di rischio generale dei contratti pubblici rappresenta senza dubbio l'ambito dell'*agere* della P.A. ove il rischio corruttivo si palesa con maggior facilità. Ne sono dimostrazione evidente le funzioni di promozione dell'efficienza e sviluppo delle migliori pratiche (cosiddette funzioni di *soft law*), nonché i compiti di vigilanza normativamente attribuiti in tale settore all'Autorità Nazionale Anticorruzione. Per tale ragione l'affidamento di lavori, servizi e forniture costituisce l'area di rischio maggiormente “*esplorata*” dall'ANAC, nonché quella per la quale l'Autorità - proprio in ragione della sua natura intrinsecamente vulnerabile - ha chiarito con maggiore puntualità e incisività quali siano gli interventi e le misure da adottare per emarginare il fenomeno corruttivo.

Misure quali:

- la rotazione dei responsabili unici dei procedimenti (RUP);
- la nomina e la rotazione dei direttori dell'esecuzione dei contratti relativi a servizi e forniture (DEC) e dei direttori dei lavori (DL);

- la segregazione delle funzioni in relazione alle diverse fasi che caratterizzano i processi di acquisizione di beni, servizi e lavori (programmazione, progettazione, scelta del contraente, verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto, esecuzione e rendicontazione del contratto);
- la pubblicazioni di dati e informazioni ulteriori rispetto a quelli previsti dal d.lgs. n.33/2013;
- la formazione degli addetti all'istruttoria;
- la verifica della corretta gestione del conflitto di interessi;
- la rotazione dei componenti delle commissioni giudicatrici;
- il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza;
- la previsione di una fase periodica di aggiornamento della programmazione;

rappresentano ormai – a distanza di sei anni dalla promulgazione della legge n.190/2012 e di cinque dall'adozione del primo PNA – iniziative ed interventi imprescindibili e non ulteriormente procrastinabili che ogni P.A. è tenuta ad attuare concretamente, seppure in conformità alle proprie caratteristiche organizzative e funzionali.

La situazione dei contratti pubblici interna all'Istituto

La nuova organizzazione ha disposto l'accorpamento delle pre-esistenti articolazioni aziendali competenti in materia di acquisizione di beni e servizi (U.O. Provveditorato, Economato e Vendite) e in materia di lavori pubblici (U.O. Tecnico Patrimoniale) nell'unica struttura "*Gestione dei servizi strumentali*". L'effettiva unificazione delle due unità operative determinerà senza dubbio una razionalizzazione delle attività dell'Ente nel settore dei contratti pubblici e può rappresentare, al contempo, un valido strumento per far fronte alle difficoltà emerse in tale settore nell'applicazione delle misure di contrasto alla corruzione, anche in considerazione delle criticità organizzative e gestionali che hanno caratterizzato nell'ultimo periodo, in particolare, l'U.O. Provveditorato, Economato e Vendite. Il PTPCT 2017-2018 individuava, infatti, quali misure di prevenzione da applicarsi nel settore dei contratti pubblici in IZSLER, le iniziative previste per gli appalti in sanità dagli allora vigenti PNA e, in particolare, dall'aggiornamento al PNA 2015, specie con riferimento alle fasi della programmazione e dell'esecuzione dei contratti¹⁴. L'esito dei controlli effettuati alla fine dell'anno 2017 dalla direzione amministrativa, ha tuttavia evidenziato un'attuazione soltanto parziale di quanto previsto, anche in ragione della scelta operata dai responsabili delle due strutture interessate di posticipare all'anno 2018 l'introduzione "*di un considerevole numero di misure di prevenzione del rischio*"¹⁵. Per tale ragione diventa prioritario per l'IZSLER realizzare nel 2018 le misure già individuate dal precedente PTPCT per l'area dei contratti pubblici¹⁶. Si sottolinea la necessità di attuare la misura della rotazione dei RUP, le cui funzioni sono state espletate pressoché unicamente dai due dirigenti delle strutture interessate. L'accorpamento delle unità operative e il conseguente incremento delle figure dirigenziali e direttive assegnate alla struttura "*Gestione dei servizi strumentali*" possono senz'altro agevolare la realizzazione di tale misura, da ritenersi assolutamente indispensabile e non ulteriormente procrastinabile. Parimenti prioritario per

¹⁴ Si vedano in particolare pp.57 e ss ed allegato "C" del PTPCT 2017-2019.

¹⁵ Così nota prot. IZSLER n.33666 dell'1.12.2017 avente ad oggetto "*Monitoraggio delle misure per la prevenzione del rischio*".

¹⁶ Si riportano di seguito le principali misure già previste dal PTPCT 2017-2019: 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; Adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere (per servizi e forniture standardizzabili); Controllo periodico e di monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine a future scadenze contrattuali; Utilizzo di avvisi di pre-informazione; Utilizzo di una *check list* relativa alla verifica dei tempi di esecuzione da effettuarsi con cadenza prestabilita e da trasmettersi al RPCT; Controlli sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo; Previsione di una certificazione con valore interno, da inviarsi al RPCT da parte del RUP, che evidenzia l'istruttoria interna condotta sulla legittimità della variante e sugli impatti economici e contrattuali della stessa; Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti.

il 2018 è l'incremento del ricorso alle centrali di committenza. A tale riguardo, si prende atto con favore dell'autorizzazione resa da Regione Lombardia all'abilitazione dell'IZSLER ai servizi dell'Azienda Regionale Centrali Acquisti SpA (ARCA S.p.a.). Tale abilitazione consentirà - a partire dal 2018 - un incremento degli acquisti "centralizzati" ed effettuati in modalità interamente digitale e costituirà non solo una valida misura di prevenzione, ma anche e soprattutto uno strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti in IZSLER.

Ulteriore priorità per l'anno in corso è la definizione di procedure per l'acquisizione di beni, servizi e lavori - anche attraverso l'aggiornamento o l'adozione di appositi regolamenti interni - conformi al nuovo codice dei contratti pubblici (come revisionato da ultimo dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n.56) e ai provvedimenti adottati da ANAC nel corso del 2017. Fra gli ultimi, si segnala - a titolo esemplificativo - la deliberazione dell'8 novembre 2017 n. 1143 con cui l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha chiarito alcuni aspetti circa la composizione delle commissioni giudicatrici e l'incompatibilità del responsabile unico del procedimento a far parte delle stesse, evidenziando come il RUP (non responsabile del servizio) possa legittimamente assumere tale funzione, se il proprio apporto in ordine alla redazione della legge speciale di gara sia solo di tipo istruttorio, come accade nella maggior parte dei casi, in considerazione del fatto che la proposta di bando di gara del RUP deve essere comunque approvata dal dirigente della struttura di riferimento¹⁷. Una misura di prevenzione da realizzarsi entro l'anno in corso è rappresentata dalla stesura ed adozione di apposite linee guida per la gestione del conflitto di interessi nell'ambito delle commissioni giudicatrici nelle gare d'appalto.

Il PTPCT 2017-2019 ha promosso il rafforzamento del livello di trasparenza nel settore dei contratti pubblici, adempiendo a quanto previsto dall'art. 29 del codice dei contratti pubblici e dall'art. 37 del d.lgs. n.33/2013, come sostituito dal d.lgs. n.97/2016. A partire dall'anno 2017, sono stati infatti pubblicati in "Amministrazione Trasparente" - nella sezione "Bandi di gara e contratti" - sia le informazioni sulle singole procedure in formato tabellare (nelle quali viene specificata anche la procedura di scelta del contraente) sia i provvedimenti a contrarre, i bandi, i provvedimenti di esclusione o ammissione, i nominativi e i *curricula* dei commissari.

L'affidamento dei servizi legali

In materia di affidamento dei servizi legali, l'ente sta tenendo monitorate le posizioni - varie e non sempre coincidenti - intervenute negli ultimi mesi (Autorità Nazionale Anticorruzione, che ha predisposto apposite linee guida, ad oggi ancora in consultazione; Corte dei Conti; Consiglio Nazionale Forense), oltre che della giurisprudenza amministrativa e della dottrina.

L'introduzione del nuovo art. 17 del d.lgs. n.50/2016 (Codice dei contratti pubblici), recante «Esclusioni specifiche per contratti di appalto e concessione di servizi», andando ad innovare profondamente la materia dell'affidamento dei servizi legali, ha creato, infatti, tra gli operatori del settore una serie di dubbi interpretativi a cascata, che muovono in particolare dalla definizione di "incarico legale". Da una parte, infatti, sono state espresse posizioni ancora collegate ad un'idea di esso, laddove conferito in maniera occasionale, quale contratto d'opera intellettuale, che tiene conto dell'apporto personale e infungibile messo a disposizione dal libero professionista; dall'altra si è fatta strada negli anni, soprattutto per mano del diritto europeo, una nuova visione di esso come appalto di servizi.

Nelle more dell'approvazione delle emanande linee guida ANAC, l'IZSLER nell'affidamento di servizi legali (da intendersi sia come attività di rappresentanza legale nei procedimenti giudiziari davanti ad organi giurisdizionali od autorità pubbliche oltre che nell'ambito di definizione di contenziosi in via transattiva, sia come attività di consulenza legale fornita in

¹⁷ Sulla medesima tematica si veda anche la delibera ANAC n.527 del 17 maggio 2017.

preparazione di un contenzioso, anche solo potenziale), intende agire nel rispetto dei principi previsti dall'art. 4 del sopracitato codice recante *“Principi relativi all'affidamento di contratti pubblici esclusi”*, riassumibili nei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità. Ciò, in termini operativi, si sostanzierà nell'applicazione, nell'ambito di una procedura di scelta aperta il più possibile al confronto concorrenziale, del criterio della rotazione e nella valutazione delle competenze mediante un approfondito esame del *curriculum* fornito da ciascun candidato, tenendo altresì conto del compenso preventivato.

7.2 Aree a rischio specifiche

Come anticipato, la determinazione ANAC n.12 del 2015 prevede che i PTPCT delle singole P.A. individuino – in aggiunta alle aree di rischio generali - *“aree specifiche, per quanto identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione dell'azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione”*. Lo stesso aggiornamento 2015 al PNA riporta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, quali aree di rischio specifico. Si tratta delle aree di seguito riportate:

- a) attività libero professionali e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Tali aree, tuttavia, in ragione delle peculiarità degli Istituti Zooprofilattici non risultano esattamente applicabili ai settori di competenza dell'IZSLER.

Alla luce della vigente normativa, dei PNA e delle ulteriori indicazioni forniti da ANAC, della disamina del contesto esterno ed interno e degli ulteriori elementi rilevanti ai fini dell'individuazioni delle aree a rischio specifiche di ciascuna P.A., il Piano 2018-2020 individua per l'IZSLER le seguenti tre Aree di rischio specifiche:

- **Prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica;**
- **Fornitura di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato;**
- **Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie.**

7.2.1 Prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica

L'IZSLER, quale ente pubblico del servizio sanitario nazionale, assicura la capacità di laboratorio a favore delle *“Autorità Competenti”* (Regioni, aziende sanitarie, nuclei antisofisticazioni e sanità, etc.) per l'esecuzione dei cosiddetti *“controlli ufficiali”*, intendendosi per tali *“qualsiasi forma di controllo eseguita dall'Autorità competente per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi, alimenti e salute e benessere degli animali”*. La capacità di laboratorio è garantita attraverso l'esecuzione di prestazioni di laboratorio analitiche, attività diagnostiche, sopralluoghi, pareri e consulenze. Gli esiti delle prestazioni rese dall'IZSLER nell'ambito dei controlli ufficiali (rapporti di prova) costituiscono il presupposto tecnico per l'esercizio della potestà pubblica da parte delle competenti autorità, ai fini della tutela della salute pubblica, in particolare, nel settore della sicurezza alimentare e della sanità pubblica

veterinaria. Il supporto tecnico-scientifico a favore delle autorità sanitarie pubbliche rappresenta il principale compito istituzionale normativamente affidato all'IZSLER e ha dirette, importanti ed evidenti ricadute in un settore, qual è quello agroalimentare e dell'industria zootecnica, caratterizzato da rilevanti interessi economici che possono in alcuni casi confliggere con l'esigenza di tutela della salute pubblica. Appare evidente, quindi, come questa area di attività dell'IZSLER possa essere oggetto di attenzioni e di ingerenze esterne finalizzate ad "alterare" gli esiti dei controlli, in un settore peraltro ove negli ultimi anni si è verificato un forte incremento delle infiltrazioni della criminalità organizzata, tanto da indurre il Consiglio dei Ministri ad approvare a dicembre 2017 un apposito disegno di legge per introdurre nuove norme relative ai reati agroalimentari.

L'accettazione incompleta o errata dei campioni da analizzare, la mancata integrità dei dati inseriti nel sistema informativo, l'alterazione o eliminazione delle prove nella fase *post* analitica, rappresentano alcuni possibili rischi corruttivi collegati a pressioni e/o ingerenze da parte di terzi per ostacolare la corretta esecuzione di prestazioni richieste all'IZSLER dalle Autorità Competenti, allo scopo ultimo di favorire soggetti predeterminati.

E' pertanto indispensabile individuare e applicare misure atte ad impedire pressioni ed ingerenze dall'esterno. L'applicazione di un sistema informativo di formazione, gestione e produzione dei rapporti di prova idoneo a garantire l'integrità dei dati analitici e del referto, nonché la possibilità di anonimizzare i dati delle persone fisiche/giuridiche a cui si riferiscono i campioni da analizzare, l'anonimizzazione dei campioni stessi e dei fogli di lavoro, rappresentano senz'altro misure utili a tale scopo; così come la segregazione delle funzioni con riguardo al personale che interviene nell'esecuzione delle prestazioni e nell'emissione del rapporto di prova.

Si attende per l'anno 2018, allorquando la riorganizzazione opererà a pieno regime, l'attivazione della Gestione Centralizzata delle richieste dell'utenza, sia per l'attività analitica in regime pubblicistico sia privatistico. Tale struttura, in *staff* alla Direzione Sanitaria, avrà come obiettivo la centralizzazione di una fase ritenuta critica e strategica per tutte le successive attività di analisi, anche per prevenire eventuali responsabilità verso terzi che possono derivare dalla non corretta gestione dei campioni da analizzare.

7.2.2 Fornitura di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato

Ai sensi della vigente normativa, l'Istituto, in aggiunta ai propri compiti istituzionali, può 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;
- sia assicurata una gestione contabile separata.

In applicazione di tale disposizione normativa, l'IZSLER eroga - su richiesta degli interessati - servizi e prestazioni in "*regime di autocontrollo*", mettendo a disposizione degli operatori del settore alimentare (OSA) un servizio di laboratorio di analisi a pagamento. Per esercitare tale attività, le sedi dell'IZSLER sono iscritte negli appositi registri regionali dei laboratori autorizzati ad effettuare analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo delle industrie alimentari.

Il principale rischio corruttivo legato a tale settore di attività è rappresentato dal possibile

conflitto di interessi rispetto all'attività istituzionale. I medesimi OSA che usufruiscono a pagamento delle prestazioni in regime di autocontrollo possono, infatti, essere destinatari dei "controlli ufficiali" che vedono coinvolto l'IZSLER, quale laboratorio pubblico a supporto delle Autorità Sanitarie Competenti, generando, altresì, una possibile sovrapposizione dei ruoli controllore/controlato. E' pertanto indispensabile applicare misure volte a garantire l'assenza di conflitti fra attività ufficiale e attività in autocontrollo. Misure proposte dalla Direzione Sanitaria che rispondono a tale esigenza sono rappresentate dall'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro; dalla revisione e dall'adeguamento dei sistemi informativi; dalla separazione in fasi del processo analitico; dalla differenziazione (per le analisi "manuali") del soggetto che effettua le operazioni analitiche dal soggetto che firma il rapporto di prova; dal controllo e dal monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni di laboratorio. Per il 2018 tali misure vanno pertanto confermate ed implementate.

7.2.3 Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati, di dispositivi diagnostici e altre tecnologie

Il settore della ricerca è stato qualificato come ambito particolarmente esposto al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi in un'area del PNA 2015 che contempla insieme la sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni.

Rinviando l'individuazione di ulteriori rischi e misure nell'ambito di appositi Tavoli tecnici tra ANAC, Ministero della Salute e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)¹⁸, il PNA 2015 valutava indispensabile, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, l'adozione di un ampio numero di misure di prevenzione "in particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione."

Difatti, nella ricerca realizzata in IZSLER, risultano numerosi gli attori che intervengono a diverso titolo e responsabilità nei correlati processi (dai responsabili scientifici per le attività di progettazione e gestione dei progetti di ricerca, alla Direzione per le attività legate alla loro preventiva valutazione, alle strutture amministrative che si occupano della gestione amministrativa dei progetti, dell'acquisizione delle risorse necessarie e della rendicontazione e liquidazione dei contributi concessi).

Invero, l'Istituto aveva provveduto, già dal 2014, alla mappatura dei processi e all'individuazione di alcuni rischi e misure di prevenzione proprie dell'attività di ricerca, individuando quali aree maggiormente esposte a rischio corruttivo le attività correlate alla composizione del gruppo di ricerca e, successivamente, adottando misure di prevenzione del rischio più specifiche, anche in ragione delle novità introdotte nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e della presenza in alcuni bandi di ricerca della tematica relativa alla gestione dei conflitti di interesse.

In particolare, nel 2014 e 2015 l'Istituto introduceva quale misura di prevenzione della corruzione la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" di tutte le informazioni relative ai contratti stipulati per l'esecuzione dei progetti di ricerca che prevedevano l'erogazione di contributi o benefici a soggetti terzi. Veniva inoltre prevista la compilazione delle dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interesse da parte del

¹⁸ L'AGENAS svolge funzioni di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.

responsabile scientifico nella stipula di accordi e contratti atipici per lo svolgimento di attività scientifica.

Nel 2016, a seguito dell'aggiornamento 2015 al PNA dell'ANAC, venivano ridefinite all'interno dell'Istituto le misure anticorruzione relative all'attività di ricerca, come di seguito specificate:

1. Rilascio della dichiarazione di insussistenza dei conflitti di interesse da parte dei responsabili scientifici proponenti la realizzazione di progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo di ricerca;
2. Utilizzo del patto di integrità nei 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 di ricerca;
3. Pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente di tutte le informazioni relative ai contratti stipulati per l'esecuzione dei progetti di ricerca che prevedevano l'erogazione di contributi o benefici a soggetti terzi, nonché pubblicazione in Amministrazione Trasparente - Dati Ulteriori dell'elenco di tutti gli accordi di ricerca stipulati con gli enti partner.

L'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato in via definitiva da ANAC con delibera n.1208 del 22 novembre 2017, ha dedicato uno specifico approfondimento alle Istituzioni Universitarie e, nell'ambito di queste, all'attività di ricerca, prevedendo che agli Enti di ricerca, comunque denominati, possano essere applicate le valutazioni attinenti le attività di ricerca scientifica svolte per le università, entro i limiti di compatibilità. L'analisi effettuata dal PNA 2017 *“segue l'articolazione del ciclo di vita della ricerca, dalla progettazione alla pubblicazione degli esiti, evidenziando i passaggi ritenuti più critici perché particolarmente opachi o potenzialmente più esposti a situazioni di conflitto di interesse”*. [...] *“Le decisioni pubbliche rilevanti sulle attività di ricerca e gestione della ricerca si articolano in quattro distinte fasi, così ricomposte: progettazione; valutazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca; pubblicazione degli esiti.”* In particolare, il PNA 2017 individua rischi specifici e possibili correlate misure di prevenzione in ciascuna delle fasi del ciclo di vita della ricerca. Scarsa trasparenza e possibili rischi di scelte discriminatorie vengono individuati quali possibili rischi nelle attività di valutazione e finanziamento dei progetti di ricerca, nell'ambito del quale il PNA 2017 precisa altresì che *“allo stesso fine di conoscibilità e trasparenza, appare inoltre importante che si predefiniscano i criteri di valutazione ex ante”*. Nella fase di svolgimento della ricerca, *“fenomeni di maladministration possono riguardare le modalità di individuazione del coordinatore della ricerca, dei componenti del gruppo e le modalità di gestione dei rapporti interni al gruppo di ricerca, nonché i modi di utilizzazione dei risultati della ricerca. Comportamenti distorti possono, infatti, essere causa di conflitti di interesse, in termini di trasparenza e conoscibilità delle informazioni. A questo riguardo, occorre osservare che si tratta di un problema complesso, nel quale lo sconfinamento può confluire con la libertà della ricerca, specialmente in ambiti tecnico-scientifici, rischiando di rendere complicato l'equilibrio fra la trasparenza e la segretezza di una ricerca nel corso del suo svolgimento. Inoltre, anche nello svolgimento dell'attività di ricerca occorre accertare che non vi siano forme di conflitto di interesse in relazione alla tipologia di attività esperita, sotto il profilo sia soggettivo sia oggettivo”*. Infine, per la fase conclusiva (esito e diffusione dei risultati) il PNA 2017 sottolinea l'importanza di poter verificare l'effettivo svolgimento della ricerca e i risultati conseguiti, *“in modo da poter valutare se il finanziamento erogato abbia dato luogo alla realizzazione dell'esperimento, quantomeno sul piano procedurale e documentale. Tale attività pare dover prescindere dagli esiti scientifici, che dovranno essere verificati da tecnici del settore. [...] Possibili misure da adottare in questa fase riguardano l'implementazione del sistema Open Access per tutti i risultati prodotti in esito a ricerche finanziate con risorse pubbliche, già obbligatorio in Europa [...]”*.

In maniera coerente con le previsioni del PNA 2017 sopra richiamate ed in considerazione

che l'area della ricerca scientifica rappresenta una peculiare attività istituzionale dell'IZSLER, il presente PTPCT, confermando quanto previsto dal precedente Piano, individua quale area a rischio specifica l'“Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie”.

Nel corso del 2017, nell'ambito della più ampia attività di gestione del rischio condotta all'interno dell'Istituto per tutte le strutture aziendali, si è proceduto alla mappatura/valutazione/ponderazione del rischio relativamente all'area della ricerca, ma veniva rinviata al 2018 l'adozione di nuove iniziative per questa specifica area di rischio. L'attuale mappatura/valutazione/ponderazione del rischio e le misure allegate al presente Piano rappresentano il risultato del percorso sopra delineato relativamente all'area della ricerca e sono state definite in funzione delle peculiarità dell'Istituto e dell'approfondimento operato dal Piano Nazionale Anticorruzione 2017. In particolare, riprendendo l'analisi effettuata dal PNA 2017, l'area della ricerca in Istituto è stata suddivisa secondo la natura dei finanziamenti (ricerca su fondi pubblici e ricerca su fondi privati, oltre ai progetti attivati con fondi propri – cosiddetti progetti autofinanziati) e seguendo in parte l'articolazione del ciclo di vita della ricerca (progettazione; valutazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca; pubblicazione degli esiti). La mappatura evidenzia i passaggi ritenuti più critici perché potenzialmente più esposti al rischio corruttivo.

Per quanto riguarda le misure di prevenzione del rischio, da un lato sono state confermate le principali misure già in vigore dal 2016 (acquisizione, in fase istruttoria, di apposita dichiarazione da parte dei responsabili scientifici relativa all'assenza di conflitto di interessi; pubblicazione in “*Amministrazione Trasparente*” dei dati relativi agli accordi di ricerca) e dall'altro sono state introdotte nuove misure di prevenzione del rischio che tengono conto dell'attività a rischio di tutti gli attori coinvolti nel processo. In particolare, in ragione delle previsioni del PNA 2017, si segnala quanto segue:

- sono state introdotte misure relative alle attività di valutazione interna dei progetti di ricerca nell'ambito dei progetti finanziati con fondi pubblici (approvazione interna dei progetti da parte dei soggetti deputati – Direzione, Comitato Tecnico Scientifico, assegnazione di progetti “anonimi” ai *referee* esterni, acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza da parte dei membri del Comitato Tecnico Scientifico in qualità di *referee* esterni per la valutazione dei progetti di ricerca) ed autofinanziati (valutazione da parte di una apposita commissione interna sia in fase preventiva all'approvazione delle proposte di progetto sia in fase di verifica successiva alla loro conclusione);
- per quanto riguarda i progetti commissionati da soggetti terzi privati, è stata prevista in fase di approvazione interna l'attestazione preventiva da parte del Direttore Generale della remuneratività/congruità dei corrispettivi previsti per la specifica attività di ricerca;
- relativamente alla fase di progettazione ed istruttoria, l'introduzione nell'anno 2018 della dichiarazione annuale sui rapporti con soggetti esterni resa ai sensi dell'art. 4 comma 5 del codice di comportamento dell'IZSLER.

Infine, nel corso dell'anno 2018 si provvederà alla revisione del Regolamento interno sui progetti di ricerca, con l'introduzione di specifiche indicazioni in ordine alla prevenzione del rischio corruzione.

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.

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 2018-2020.

8.1 Trasparenza

Le azioni attuate in materia di trasparenza sono contenute nelle Relazioni annuali alle quali si rinvia. Per un maggior dettaglio delle azioni programmate in materia di trasparenza si rimanda alla PARTE V - SEZIONE TRASPARENZA.

8.2 Codice di Comportamento

L'IZSLER, secondo quanto disposto dal PTPC 2017 - 2019, ha provveduto a dotarsi di un nuovo codice di comportamento¹⁹, così uniformandosi al contenuto della delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 358 del 29 marzo 2017 recante "*Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN*".

Per la prima volta, dunque, il codice di comportamento aziendale rappresenta altresì un codice etico, racchiudendo tutti i valori fondamentali, i diritti, i doveri e le responsabilità dell'Istituto nei confronti di tutti i portatori di interesse (dipendenti, fornitori, utenti).

Per l'elaborazione del codice di comportamento (Allegato H) si è stabilito di prendere le mosse dal lavoro svolto dal Gruppo Interaziendale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza delle agenzie e delle aziende sociosanitarie della Lombardia.

Al fine di consentire un più efficace adattamento del codice di comportamento rispetto alle specificità dell'Ente, il contenuto dello stesso è stato opportunamente integrato con le indicazioni presentate nell'ambito del progetto RAR 2016 - progetto che ha visto la partecipazione di tutto il personale dirigenziale e di comparto - ed è stato pubblicato ai fini della consultazione pubblica, come previsto dalla normativa in materia.

Il codice di comportamento dell'IZSLER, unitamente alla sua relazione illustrativa, sono stati trasmessi al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il quale ha riscontrato la piena coerenza degli stessi con le Linee Guida CIVIT/ANAC nonché l'adeguata contestualizzazione dei contenuti rispetto alla specificità dell'Istituto.

Considerata la situazione specifica dell'IZSLER, e anche per promuovere una maggiore attenzione alle problematiche circa il conflitto di interessi, il codice presenta un'articolata disciplina in materia di astensione da situazioni conflittuali, anche meramente potenziali, e di gestione del conflitto. In particolare, il dipendente deve fornire, all'atto della prima assegnazione al servizio e aggiornare annualmente una dichiarazione avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale. Come obiettivo da realizzarsi entro il primo trimestre 2018, i Sistemi Informativi in collaborazione con l'U.O. Gestione del personale, predisporranno, un apposito *database* per la raccolta e l'aggiornamento delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi. All'interno del Codice, inoltre, sono state inserite puntuali disposizioni volte a garantire l'assenza di ogni situazione di conflitto di interessi tra le diverse tipologie di prestazioni di laboratorio erogate dall'Istituto e a rimarcare la prevalenza dell'attività istituzionale rispetto a quella di diritto privato. È stato poi espressamente previsto che l'attività di diritto privato (attività "non ufficiale" ovvero in autocontrollo) non possa essere eseguita in contrasto con le finalità istituzionali dell'IZSLER e che debba essere organizzata in modo tale da garantire il prioritario svolgimento dell'attività ufficiale e la piena funzionalità dei relativi servizi. E ancora, in adempimento di quanto disposto dal PTPC 2017 - 2019, sono state introdotte nel

¹⁹ Approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.13 del 30 ottobre 2017.

nuovo testo parti speciali orientate a specifici settori (come quello della ricerca e della sperimentazione) e a determinate categorie di personale.

All'interno del Codice si precisa come il rispetto delle disposizioni di condotta rilevi nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della *performance* individuale e organizzativa del personale, della eventuale attribuzione degli incarichi previsti dai CCNL e dagli accordi integrativi aziendali.

Il codice prevede inoltre che, in sede di stipula dei contratti con l'Istituto, i contraenti si impegnano espressamente a condividere e rispettare i principi del Codice di Comportamento.

Con nota prot. n. 31011 del 9 novembre 2017, il Codice di comportamento è stato dunque trasmesso a tutti i dirigenti nonché all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ciò non solo per garantirne la massima diffusione, ma anche per permettere a ciascun dirigente di svolgere un'adeguata vigilanza circa l'osservanza delle disposizioni disciplinari. Il Codice di comportamento è stato infine pubblicato nel sito *web* istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Disposizioni generali" e nella rete *intranet*.

Da ultimo, dal mese di dicembre 2017, è stato messo a disposizione dei dipendenti dell'Istituto un corso di formazione *online* (FAD), così da garantirne la massima conoscenza.

8.3 Rotazione del personale

La rotazione del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla legge n.190/2012. La finalità della rotazione è quella di limitare il consolidarsi di rapporti che possano configurare o alimentare dinamiche di "*mala gestio*", evitando che il dipendente pubblico possa instaurare rapporti privilegiati in contrasto con l'interesse pubblico.

Come esplicitato nel PNA 2016, l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari, in modo particolare nel settore della sanità pubblica, in ragione delle competenze specialistiche richieste. Ai sensi dell'aggiornamento 2017 al PNA, "*si tratta di una misura che presenta senza dubbio profili di criticità attuativa ma, nondimeno, l'Autorità invita le amministrazioni a tenerne conto in via complementare con altre misure*".

L'IZSLER, già nel PTPCT 2016 – 2018, individuava le principali azioni in materia di rotazione del personale. In particolare, veniva previsto per i dirigenti di struttura complessa il compito di formulare specifiche proposte al Direttore Generale per la rotazione nell'ambito delle rispettive strutture. Lo stesso Piano 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 RPCT 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, se ne disponeva il rinvio alla imminente scadenza degli incarichi già conferiti, anche in vista dell'avvio dell'*iter* di riorganizzazione dell'Ente.

Il PTPCT 2017-2019 prevedeva, in vista del conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, "*la 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 Consiglio di Amministrazione, con deliberazione n. 5 del 29 maggio 2017, approvava i regolamenti per la graduazione delle funzioni dirigenziali relativi alle diverse aree dirigenziali, nonché il regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali. In particolare, l'articolo 18 di tale regolamento dispone che i criteri di rotazione vengano individuati tramite la puntuale mappatura degli incarichi più sensibili a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e, utilizzando gli strumenti disponibili in materia

di gestione del personale, l'allocazione delle risorse ed infine, nei casi di competenze infungibili, ricorrendo allo strumento c.d. delle "segregazioni delle funzioni".

Con decreto del direttore generale n. 540 del 5 dicembre del 2017 sono stati quindi individuati gli incarichi dirigenziali di struttura complessa da sottoporre a rotazione. Per tali incarichi saranno pertanto espletate apposite procedure di selezioni pubbliche (si tratta complessivamente di n. 8 incarichi). Il medesimo provvedimento dispone il rinnovo in continuità (previa verifica della sussistenza della valutazione positiva espressa dal competente Collegio Tecnico) di n. 13 incarichi di direzione di struttura complessa. Rispetto a tali ultimi incarichi, si rappresenta sin d'ora la necessità di avviare percorsi formativi e di affiancamento tesi a rendere realizzabile la rotazione alla prossima scadenza contrattuale.

L'esigenza di rotazione, quale misura atta a prevenire qualsivoglia forma di "vicinanza" e/o "consuetudine" fra i titolari di una potestà pubblica e i destinatari dell'esercizio di detta potestà (controllori/controllati), in ragione della sfera di competenza dell'IZSLER, è particolarmente evidente in ambito sanitario, in quanto finalizzata a contrastare l'insorgenza di "rapporti privilegiati" fra personale che effettua prestazioni sanitarie e operatori economici del settore zootecnico e agro-alimentare.

La rotazione, come precisato da ANAC, può essere attuata sia attraverso lo scambio di funzioni sia attraverso una modifica dei territori di competenza. Ciò risulta particolarmente evidente, per quanto riguarda l'IZSLER, rispetto ad attività quali le consulenze e sopralluoghi. Con riferimento a tali ultime prestazioni, nell'ambito delle attività di gestione del rischio svolte nell'anno 2017, è stata evidenziata da parte dei componenti sanitari del Gruppo di supporto la difficoltà di attuare la misura in questione, trattandosi di prestazioni di tipo specialistico per le quali all'interno dell'Istituto è solitamente competente un solo dirigente. Per tale ragione, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha manifestato la necessità di intervenire in tale settore di attività prevedendo figure con competenze specialistiche "fungibili" all'interno dell'organizzazione, in modo da poter avviare nel 2018 la rotazione sul territorio. Pertanto, in relazione alle attività di controllo/sopralluoghi/consulenze, sarà necessario nel corso del 2018 individuare criteri predefiniti di rotazione, nonché avviare iniziative di affiancamento e formazione volte definire in futuro un sistema compiuto e programmato di *turn over*.

In alcune aree di attività legate, ad esempio, a certificazioni e/o attestazione per il riconoscimento di incentivi e/o sussidi, potrebbe essere valutata l'opportunità - laddove tecnicamente possibile - di eseguire le prestazioni in *equipe* con composizioni variabile.

In termini generali, è bene precisare che la rotazione del personale, sebbene misura di prevenzione della corruzione imprescindibile, va comunque attuata in modo non confliggente con l'ottimale funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Ente e compatibile con le competenze professionali. Pertanto, laddove la rotazione non fosse realizzabile, potrà darsi attuazione alla c.d. "segregazione di funzioni". Tale misura è facilmente attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli, come ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione, scelta del contraente ed esecuzione dei contratti. La segregazione delle funzioni potrebbe essere agevolmente realizzata nell'area amministrativa, anche in considerazione del numero esiguo dei dirigenti e dell'approssimarsi al pensionamento di alcuni di essi.

In ambito amministrativo, il Direttore Amministrativo provvederà nel corso del 2018 ad individuare modalità concrete di segregazione delle funzioni, in particolar modo, per gli incarichi conferiti in continuità e per quelli maggiormente esposti a rischio corruzione, vale a dire contratti pubblici e gestione del personale.

8.4 Conflitto di interessi

Il conflitto di interessi rappresenta una delle principali disfunzioni dell'agere amministrativo. La figura del conflitto di interessi si connota negativamente per il fatto di turbare il corretto funzionamento di un'organizzazione, allorché sussistano condizioni tali da indurre il pubblico dipendente, nell'esercizio delle proprie funzioni, a far prevalere interessi personali (propri o altrui) a discapito dell'interesse pubblico e dei doveri istituzionali. Si tratta, dunque, di situazioni in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale. Per tale ragione è obbligo di ciascun dipendente astenersi qualora sussista un conflitto di interessi anche solo potenziale²⁰. L'obbligo di astensione costituisce una regola di carattere generale che non ammette deroghe ed eccezioni. L'astensione in caso di conflitto di interessi è una misura fondamentale di contrasto al fenomeno corruttivo che ha carattere trasversale ed investe ogni ambito dell'attività della Pubblica Amministrazione. Come chiarito dal P.N.A. 2013, l'obbligo di astensione va coordinato con il DPR n.62/2013, il quale all'art. 7 stabilisce che *"il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza"*. Al fine di fare emergere le situazioni di conflitto di interessi è obbligo pertanto di ciascun dipendente comunicare al responsabile dell'ufficio di appartenenza l'appartenenza a organizzazioni o associazioni, nonché le collaborazioni con soggetti privati, dalle quali possa derivare o insorgere un conflitto di interessi. Già il Piano 2014 dell'IZSLER richiamava tale obbligo di comunicazione, nonché l'onere per i responsabili delle strutture 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 rispetto ai soggetti affidatari degli incarichi.

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 di quanto previsto dal PTPCT 2017-2019, nel mese di marzo 2017 è stata predisposta e trasmessa a tutto il personale (nota prot. n. 6670/2017) una procedura interna per la segnalazione e la gestione di fattispecie di conflitto di interessi. Tale procedura è stata poi inserita all'interno del nuovo Codice di Comportamento adottato dall'Ente (allegato H), ove è presente altresì una guida per il riconoscimento delle situazioni

²⁰ Come più volte ribadito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione "qualora sussista un conflitto di interessi anche solo potenziale, l'obbligo di astensione dei pubblici dipendenti di cui all'art. 6 bis della l. n. 241/1990 costituisce una regola di carattere generale che non ammette deroghe ed eccezioni". Ai sensi dell'art. 6 bis della l. 241/1990 - introdotto dall'art. 1, co. 41, della l. 190/2012 - "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi per non incorrere nelle conseguenze connesse all'attuarsi del conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale". Tale disposizione pone a carico dei succitati soggetti l'obbligo di astenersi dall'adottare gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, nonché il dovere di segnalazione. Le situazioni da segnalare sono tutte quelle che - anche solo potenzialmente e in astratto - possono "minare il principio di integrità, creando il sospetto del venir meno dell'imparzialità nell'agire amministrativo". La sussistenza del conflitto di interessi, di qualunque natura esso sia, deve essere segnalata all'avvio del procedimento e, comunque, tempestivamente rispetto alla sua insorgenza. Ciò al fine di consentire il corretto espletamento di tutta l'attività istruttoria (compresa quella endoprocedimentale), sino all'adozione del provvedimento finale conclusivo del procedimento.

di conflitto.

La verifica in ordine alla sussistenza o meno del conflitto di interessi viene effettuata quindi secondo un sistema gerarchico, con l'ausilio dell'U.O. Gestione del Personale per gli aspetti tecnico giuridici. In particolare, il dipendente (appartenga esso al comparto o all'area della dirigenza) indirizza la segnalazione relativa all'esistenza del conflitto di interessi al dirigente della struttura complessa di appartenenza (ovvero al dirigente della struttura semplice, nell'ipotesi in cui la struttura di appartenenza non afferisca ad alcuna struttura complessa), quale dirigente apicale. E', infatti, compito del dirigente della struttura valutare la segnalazione ricevuta e individuare la modalità più efficace di gestione del conflitto.

Il dirigente, ricevuta la segnalazione, può:

- a) confermare l'assegnazione della pratica al dipendente/dirigente che ha segnalato il conflitto, in quanto valuta quest'ultimo inesistente ovvero considera la segnalazione una misura già di per sé idonea a gestire correttamente il conflitto segnalato. Tale conferma va adeguatamente motivata;
- b) sostituire il dipendente/dirigente e affidare la pratica ad altro collaboratore;
- c) avocare a sé la pratica.

Nelle ipotesi in cui il conflitto di interessi riguardi un dirigente di struttura complessa ovvero un dirigente di struttura semplice non afferente ad alcuna struttura complessa, la segnalazione va indirizzata al direttore amministrativo o al direttore sanitario, in ragione delle rispettive competenze, quali diretti superiori gerarchici. Ai due direttori compete la valutazione delle segnalazioni ricevute e la scelta della misura, fra le tre sopra elencate, più idonea alla corretta gestione del conflitto.

In applicazione di tale sistema, i due direttori sono tenuti a dichiarare eventuali situazioni di conflitto al direttore generale, quale organo amministrativo di vertice dell'Istituto, il quale adotterà le misure ritenute più adeguate a garanzia dell'imparzialità dell'operato dell'Ente.

Ciascuno dei tre direttori è, infine, competente a valutare e verificare le situazioni di conflitto relative a dipendenti (siano essi del comparto o dell'area della dirigenza) delle rispettive articolazioni aziendali di staff.

Copia degli atti che dispongono le misure per la gestione dei conflitti di interessi segnalati, unitamente alle rispettive segnalazioni, sono trasmessi a cura del soggetto che li ha adottati, entro 10 giorni dalla loro registrazione al protocollo generale dell'IZSLER, al RPCT, al fine di consentire a quest'ultimo l'esercizio delle funzioni di vigilanza in materia di anticorruzione.

Al fine di garantire la corretta gestione del conflitto di interessi, il codice di comportamento prevede l'obbligo per il dipendente di fornire, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico e di aggiornare entro il primo trimestre di ciascun anno una dichiarazione sui rapporti intercorsi nell'ultimo triennio con i soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi, anche solo potenziale.

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"*.

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 delle strutture deputate all'acquisizione di beni, servizi e lavori avranno cura di monitorare e segnalare gli eventuali casi di conflitto di interessi alla luce del disposto dell'art. 42 del d. lgs. n.50/2016, in riferimento alle consultazioni preliminari di mercato ed alla partecipazione di candidati ed offerenti alla predisposizione della procedura di gara.

Il monitoraggio 2017

Al fine di verificare e monitorare l'attuazione delle misure generali di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2017 sono state acquisiti i *report* di ciascun dirigente responsabile di struttura concernenti le situazioni di conflitto segnalate e riscontrate in ogni struttura, unitamente alle determinazioni assunte per la loro gestione.

8.5 Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, assumono particolare rilievo le disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extra-ufficio dei dipendenti pubblici.

Già nel PTPCT 2015, ai fini del rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di incarichi extraistituzionali, veniva ribadito l'obbligo per tutti i dipendenti dell'IZSLER di attenersi alle procedure autorizzatorie in vigore e, in particolare, di comunicare formalmente all'U.O. Gestione del Personale anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ciò al fine di consentire una valutazione tempestiva sull'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche solo potenziale. In esecuzione di quanto previsto nel Piano 2016, l'Istituto si dotava del "*Regolamento interno per il conferimento e l'autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti dell'IZSLER*" (approvato con decreto del direttore generale n. 83 dell'8 marzo 2016 e modificato con successivo provvedimento del direttore generale n. 337 del 30 agosto 2016) volto a definire e disciplinare i criteri e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-ufficio. Nel PTPCT 2017-2019 veniva evidenziata la necessità di procedere ad un riesame di tale regolamento al fine di garantire una più puntuale esplicitazione dei criteri per il rilascio/diniego delle autorizzazioni, anche alla luce delle Linee Guida ANAC adottate con deliberazione n.358/2017. L'U.O. Gestione del personale ha provveduto alla predisposizione del nuovo regolamento, adottato con decreto del direttore generale n. 295 del 6 luglio 2017.

Il RPCT, a supporto della definizione della nuova regolamentazione interna, con nota prot. n. 17425 del 19 giugno 2017, ha relazionato – a favore degli organi istituzionali e dell'U.O. Gestione del Personale - in merito alle disposizioni normative, ai principi e ai criteri che governano la materia degli incarichi extraistituzionali. A beneficio di tutti i dipendenti dell'IZSLER, si ritiene utile riportare in questa sede i principali contenuti di tale relazione.

In primo luogo è utile sottolineare come la disciplina delle incompatibilità nel pubblico impiego sia una diretta derivazione del dovere di esclusività che connota la prestazione

lavorativa del pubblico dipendente e come l'esclusività sia, a sua volta, diretta conseguenza di una più ampia premessa, che pone l'ente pubblico nella sostanziale indisponibilità dei fini della propria azione, in quanto funzionalmente vincolati al perseguimento del pubblico interesse. Dal dovere di esclusività derivano tre corollari fondamentali:

- a) anzitutto, il divieto per il dipendente di svolgere attività in conflitto di interessi. In base a tale corollario è precluso al lavoratore pubblico lo svolgimento di attività concomitanti ulteriori rispetto al proprio rapporto di impiego che possano collidere con il contenuto concreto della propria prestazione lavorativa;
- b) in secondo luogo, il pubblico dipendente non può trarre utilità dirette o indirette dal proprio *status* di dipendente pubblico, con la conseguenza che gli è precluso spendersi nella vita sociale come tale a mero scopo di garantirsi opportunità che, altrimenti, gli sarebbero precluse;
- c) infine, è permesso al dipendente di svolgere attività concomitanti, purché queste siano autorizzate in modo specifico dall'ente di appartenenza.²¹

Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha enucleato una serie di tipologie di incarichi da considerarsi "a rischio" e, pertanto, vietati per i dipendenti pubblici.²² Si tratta delle seguenti fattispecie:

"1. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente ha funzioni relative al rilascio di concessioni o autorizzazioni o nullaosta o atti di assenso comunque denominati, anche in forma tacita;

2. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti fornitori di beni o servizi per l'amministrazione, relativamente a quei dipendenti delle strutture che partecipano a qualunque titolo all'individuazione del fornitore;

3. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'amministrazione, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;

4. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza;

5. Gli incarichi che si svolgono nei confronti di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, di vigilanza o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;

6. Gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocimento all'immagine dell'amministrazione, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illeciti di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;

7. Gli incarichi e le attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal d.lgs. n. 39/2013 o da altre disposizioni di legge vigenti;

8. Gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6, del d.lgs. 165/2001, presentano una situazione di conflitto di interessi;

9. In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interessi per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni

²¹ Del resto la disciplina delle incompatibilità deve essere correttamente temperata alla luce del principio costituzionale di cui all'Art. 3 Cost., vale a dire il principio di ragionevolezza, che consente di individuare le ipotesi in cui lo svolgimento di attività concomitanti da parte del pubblico dipendente possano considerarsi lecite in quanto sostanzialmente idonee ad arrecare pregiudizio agli interessi tutelati dalle norme di divieto.

²² "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche", documento elaborato nell'ambito del tavolo tecnico previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013 mediante confronto fra i rappresentanti del Dipartimento della funzione pubblica, delle Regioni e degli Enti Locali - http://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/documenti/Lavoro%20pubblico/Rapporto%20di%20lavoro%20pubblico/criteri_generali_in_materia_di_incarichi_vietati.pdf

attribuite al dipendente”.

Secondo il Dipartimento della Funzione Pubblica, sono altresì *“preclusi a tutti i dipendenti, a prescindere dalla consistenza dell’orario di lavoro”* i seguenti incarichi:

- *“Gli incarichi, ivi compresi quelli rientranti nelle ipotesi di deroga dall’autorizzazione di cui all’art. 53, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001, che interferiscono con l’attività ordinaria svolta dal dipendente pubblico in relazione al tempo, alla durata, all’impegno richiestogli, tenendo presenti gli istituti del rapporto di impiego o di lavoro concretamente fruibili per lo svolgimento dell’attività; la valutazione va svolta considerando la qualifica, il ruolo professionale e/o la posizione professionale del dipendente, la posizione nell’ambito dell’amministrazione, le funzioni attribuite e l’orario di lavoro”.*
- *“Gli incarichi che si svolgono durante l’orario di ufficio o che possono far presumere un impegno o una disponibilità in ragione dell’incarico assunto anche durante l’orario di servizio, salvo che il dipendente fruisca di permessi, ferie o altri istituti di astensione dal rapporto di lavoro o di impiego”.*
- *“Gli incarichi che, aggiunti a quelli già conferiti o autorizzati, evidenziano il pericolo di compromissione dell’attività di servizio, anche in relazione ad un eventuale tetto massimo di incarichi conferibili o autorizzabili durante l’anno solare, se fissato dall’amministrazione”.*

Appare evidente l’importanza di adottare procedure chiare e sistemi di controllo efficaci per assicurare l’espletamento di incarichi extra-impiego solo in assenza assoluta di conflitto d’interessi e senza pregiudizio alcuno per l’attività istituzionale; così come appare indispensabile poter verificare l’assenza di situazioni in conflitto di interessi anche nei casi in cui l’incarico extraistituzionale - alla luce della vigente normativa - non necessiti di autorizzazione. Ragion per cui risulta indispensabile che il dipendente comunichi all’amministrazione di appartenenza tutti gli incarichi allo stesso attribuiti - anche quelli gratuiti e/o non soggetti ad autorizzazione - così da permettere le necessarie valutazioni.

Appare altresì evidente come i dipendenti dell’IZSLER non possano svolgere incarichi extra-ufficio a favore di qualsivoglia soggetto avente rapporti economici/contrattuali con l’Istituto (fornitori/clienti), nonché a favore di soggetti operanti sul territorio delle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna, in quanto sottoposti a controlli ufficiali da parte dell’Istituto, quale laboratorio di supporto alle Autorità Sanitarie pubbliche.

Nel corso del 2018, l’U.O. Gestione del Personale inviterà i dipendenti a comunicare all’IZSLER - attraverso apposita dichiarazione - tutti gli incarichi extra-istituzionali (gratuiti, onerosi, soggetti ad autorizzazione o meno) ricoperti nell’ultimo triennio, così da costituire un unico *database* passibile di verifica e monitoraggio da parte dei soggetti competenti. Una volta realizzato, il *database* sarà implementato con tutte le richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi, nonché le comunicazioni relative ad incarichi non soggetti (comprese le docenze) ed i relativi esiti.

8.6 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il d.lgs. n.39/2013 ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso tutte le pubbliche amministrazioni, nonché presso gli enti privati in controllo pubblico.

L’ANAC, con deliberazione n.149/2014, ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità/incompatibilità previste ai capi III, IV, V e VI dal succitato decreto non trovano applicazione nei confronti dei dirigenti del servizio sanitario nazionale (SSN). In ciascuno di questi capi è, infatti, previsto un apposito articolo contenente una disciplina speciale per gli enti sanitari (articoli 5, 8, 10 e 14) che limita il regime di inconferibilità/incompatibilità alle figure dei direttori generali, sanitari e amministrativi, escludendo implicitamente dal novero dei destinatari del decreto la dirigenza dei ruoli 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 n.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.A.C. 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 essi 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, si è provveduto anche per l'anno 2017, ad acquisire le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità dei membri del Consiglio di Amministrazione e dei tre direttori dell'IZSLER. Le dichiarazioni sono pubblicate, come richiesto dall'art. 20 del d.lgs. n.39/2013, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito *web* dell'IZSLER. Tale misura sarà realizzata anche per gli anni seguenti.

Le medesime dichiarazioni sono state altresì acquisite e pubblicate in relazione all'incarico di amministratore dell'Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ricoperto dal Direttore Generale dell'IZSLER, Prof. Stefano Cinotti, e alla carica di membro del Consiglio Generale della Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche, rivestita dal Presidente Prof. Mario Colombo.

Le dichiarazioni rese dai titolari di cariche e incarichi in seno alla società consortile a responsabilità limitata *“GAL Golem Valle Trompia e Colline Prealpi Bresciane”* sono

pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web della Gruppo di Azione Locale alla quale il sito internet dell'IZSLER rimanda attraverso apposito collegamento ipertestuale.

8.7 Attività successive alla cessazione dal servizio

Ai sensi del comma 16-ter dell'articolo 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, inserito dalla L. n. 190/2012, *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni [...] 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.

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

Ai sensi dell'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. n.165/2001 dal comma 46 dell'art. 1 della L. n.190/2012 *“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”.

Già nel Piano 2015 è stato esplicitato l'obbligo per i responsabili 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 le dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità di cui all'art. 3 del d. lgs. n.39/2013 da parte del dipendente beneficiario dell'incarico. I responsabili del procedimento, inoltre, sono incaricati di provvedere, con specifici controlli, a verificare la veridicità delle dichiarazioni acquisite e di informare il RPCT in caso di dichiarazioni non veritiere.

8.9 Tutela del whistleblower

La tutela del dipendente che segnala illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro (cd. *whistleblower*) è una misura di carattere generale tesa all'emersione dei fenomeni corruttivi particolarmente rilevante²³. Essa trova fondamento normativo nell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/01, come introdotto dalla L. n. 190/2012 e riformato, da ultimo, dalla L. 30 novembre 2017 n. 179, la quale ha integrato la disciplina a tutela del *whistleblower* ed introdotto forme di garanzia anche per i lavoratori di altri settori.²⁴

Colui che effettua la segnalazione di un illecito riscontrato in ambito lavorativo si fa promotore della legalità e agisce nell'interesse dell'integrità dell'Ente, disvelando un comportamento che, se anche non integri un vero e proprio reato, rientra in quella nozione ampia di corruzione amministrativa che ricomprende qualsiasi forma di abuso da parte di un soggetto titolare di un potere pubblico per il conseguimento, anche in via indiretta, di vantaggi privati²⁵.

Nel pubblico impiego il dipendente che effettua una segnalazione al RPCT o all'ANAC (oppure una denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o contabile) non può essere, per tale ragione, sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle proprie condizioni di lavoro. Nell'ipotesi di adozione di misure ritorsive nei confronti del segnalante, tale circostanza può essere comunicata all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative all'interno dell'Ente di appartenenza. L'ANAC dispone, infatti, di poteri sanzionatori e di accertamento della nullità degli atti discriminatori o ritorsivi. Il segnalante ingiustamente licenziato è reintegrato nel posto di lavoro.

La tutela del *whistleblower* trova un limite nell'accertamento, anche con sentenza di primo grado, della responsabilità penale di questi per calunnia, diffamazione o altri reati afferenti alla segnalazione o della responsabilità civile nei casi di dolo o colpa grave.

In ogni caso va garantita la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e la sottrazione della segnalazione al diritto di accesso.

Nell'ambito del procedimento disciplinare a carico del soggetto segnalato qualora la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Ogni Amministrazione è tenuta, pertanto, a dotarsi di una procedura che renda effettivo il diritto del lavoratore ad effettuare la segnalazione in conformità e con le garanzie previste

²³ Cfr. il PNA 2015 che al paragrafo 3.1.11 riconduce espressamente la tutela del *whistleblower* tra le misure generali di prevenzione della corruzione.

²⁴ La novella introdotta nel 2017 ha esteso il novero dei possibili autori delle segnalazioni ai dipendenti degli enti pubblici economici e degli enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, ai lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di P.A., nonché ai lavoratori del settore privato.

²⁵ Cfr. Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013

dalla legge. L'assenza di una idonea procedura di segnalazione dell'illecito, così come il mancato svolgimento di attività di verifica delle segnalazioni ricevute, comportano l'applicazione, da parte dell'ANAC e a carico del responsabile, di una sanzione amministrativa pecuniaria.

La "*whistleblowing policy*" dell'IZSLER è attualmente codificata nel decreto del Direttore Generale n. 378 del 5 dicembre 2014, che regola le modalità di gestione della segnalazione in attuazione delle Linee Guida dell'ANAC oggi vigenti²⁶.

Nel corso del 2015 è stata introdotta una procedura informatica appositamente dedicata alla segnalazione degli illeciti, che è stata oggetto di uno specifico corso formativo a favore del personale dell'Ente. Attraverso un sistema di crittografia la segnalazione viene raccolta direttamente dal RPCT, in modo da garantire la protezione dell'identità del segnalante e la sicurezza dello scambio di materiale tra il *whistleblower* e il *receiver*.

L'attuale codice di comportamento dei dipendenti dell'IZSLER (art. 7 comma 4) assicura la tutela del *whistleblower*, rinviando alla disciplina contenuta nell'apposita procedura per le segnalazioni.

Obiettivo del prossimo triennio 2018-2020 è l'aggiornamento della procedura di gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti per renderla del tutto conforme al recente intervento legislativo in materia (Legge 30 novembre 2017 n. 179). L'aggiornamento avverrà sulla base delle emanande Linee Guida dell'ANAC previste dal comma 5 dell'art. 54 bis del decreto legislativo 165 del 2001.

8.10 Formazione del personale

Nel corso del 2017 si sono svolti diversi incontri formativi in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Sono stati organizzati tre eventi di carattere generali a favore di tutti i dipendenti e tredici laboratori di *risk assessment* a cui hanno partecipato i dirigenti di struttura con il coordinamento del direttore sanitario e del direttore amministrativo, per le aree di rispettiva competenza.

In seguito all'adozione del nuovo codice di comportamento è stato inoltre attivato, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, un corso FAD illustrativo delle principali disposizioni contenute nel codice e, in particolare, della disciplina relativa all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi²⁷.

In data 19 dicembre 2017 si è tenuta, infine, "La Giornata della Trasparenza", nel corso della quale personale dipendente dell'IZSLER ha relazionato in ordine all'attuazione della disciplina contenuta nel d.lgs. n. 33/2013 (come modificato dal d.lgs. n. 97/2016), ai compiti e alle funzioni dell'Ufficio Relazioni col Pubblico e al nuovo regolamento interno in materia di diritto di accesso.

8.10.1 La Formazione all'etica, legalità e trasparenza

La formazione svolge un ruolo cruciale per favorire la cultura dell'etica e della legalità e per promuovere la massima trasparenza.

L'attività formativa - favorendo la conoscenza - permette, infatti, di acquisire una maggiore capacità di *decision making*, riducendo il rischio di compiere illeciti in maniera inconsapevole e consente di acquisire competenze specifiche che garantiscono l'ottimale

²⁶ Linee guida ANAC in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 115 del 14 maggio 2015

²⁷ Al momento della stesura del PTPCT il corso FAD - attivato a partire dal 18 dicembre 2017 - è stato seguito da oltre 350 dipendenti.

gestione delle attività ad elevato rischio corruttivo.

L'intervento formativo deve essere effettuato in maniera capillare e si struttura su due livelli principali:

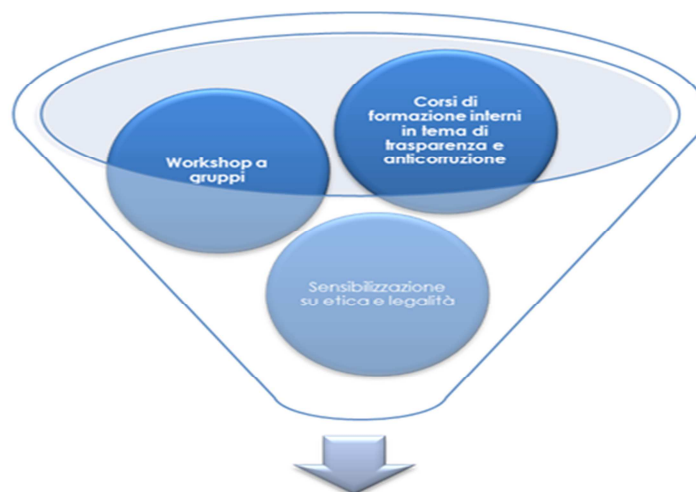
- livello generale, rivolto ai dipendenti, per favorire un approccio basato sull'etica e per presentare gli aggiornamenti fondamentali delle disposizioni in materia;
- livello specifico, rivolto al RPCT, ai collaboratori, al gruppo di supporto, ai referenti e ai dirigenti, per fornire gli strumenti utili alla pianificazione del programma per la prevenzione della corruzione, in relazione alle specifiche responsabilità.

Le principali tematiche che dovrà approfondire la formazione nel corso del prossimo triennio sono quelle relative all'etica, alla responsabilità degli stakeholder e alle *best practices* in materia di trasparenza.

Queste potranno essere sviluppate attraverso *workshop* a gruppi, in relazione alle specifiche competenze, corsi interni in tema di anticorruzione e azioni di sensibilizzazione sull'aspetto etico e sulla legalità.

Le metodologie formative utilizzate saranno coerenti agli argomenti trattati e quindi si divideranno in teoriche, per quanto riguarda l'aggiornamento delle disposizioni normative, e in pratiche per gli aspetti che richiedono un approccio attivo da parte dei destinatari della formazione.

I risultati attesi sono l'adozione da parte di tutto il sistema di un approccio basato sui valori e sulla legalità e l'ottimizzazione dell'attività amministrativa, che deve essere non solo efficiente, ma anche trasparente e verificabile.



- Approccio valoriale

- Attività amministrativa non solo efficiente, ma anche trasparente e verificabile

8.11 Patti di integrità

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.

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 figuri ente capofila o ente proponente l'accordo, prevedono il richiamo al rispetto dei protocolli di legalità adottati dall'IZSLER, pena la risoluzione per inadempimento.

L'uso dei patti di integrità è previsto anche per i contratti aventi ad oggetto prestazioni di laboratorio a pagamento.

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, e 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 per mano del d.lgs. 97/2016, alle strutture amministrative è stato comunque richiesto di rendicontare i tempi di conclusione dei procedimenti di competenza e di trasmettere la relativa reportistica al Direttore Amministrativo.

Nel corso dell'anno 2017 si è proceduto alla revisione dell'elenco dei procedimenti, d'ufficio e a istanza di parte, e dei relativi tempi.

Quindi, nel rispetto dell'obiettivo fissato nel Piano, le strutture entro il mese di novembre hanno trasmesso al Direttore Amministrativo la reportistica sul monitoraggio dei tempi procedurali.

Nel prossimo anno, a seguito della riorganizzazione, si procederà a rivedere l'elenco dei procedimenti amministrativi. Si procederà inoltre ad individuare una modalità *standard* di rendicontazione a favore del direttore amministrativo e del direttore sanitario, per le aree di rispettiva competenza, dei tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi e di effettuazione delle analisi.

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, contratti per prestazioni di laboratorio ecc.), vengono acquisite le dichiarazioni circa l'inesistenza 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 figuri ente capofila o ente proponente l'accordo.

Tali misure sono confermate anche per il 2018 sino all'acquisizione della dichiarazione in

materia di conflitti di interessi prevista ai sensi dell'art. 4 del codice di comportamento.

8.14 Sistema di vigilanza su società e enti vigilati e controllati

La normativa di riferimento.

Con deliberazione n.1134 dell'8 novembre 2017 l'ANAC ha adottato le *“Nuove linee guida per 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 pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”*. Tali linee guida sono da intendersi totalmente sostitutive dei precedenti provvedimenti emanati dall'Autorità²⁸. Esse rappresentano, pertanto, l'unica fonte interpretativa di riferimento per la corretta applicazione delle disposizioni in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte di società a controllo pubblico, enti di diritto privato in controllo pubblico, società partecipate e altri enti privati esercenti attività di pubblico interesse. Le nuove linee guida confermano la distinzione già operata da ANAC tra *“enti di diritto privato in controllo pubblico”* e *“enti di diritto privato non in controllo pubblico”* e stabiliscono i diversi adempimenti in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione a cui gli enti appartenenti alle predette categorie sono tenuti.

Per il primo profilo (trasparenza) il riferimento normativo è costituito dall'articolo 2-*bis* del d. lgs. n.33/2013; per il secondo (anticorruzione) dall'art.1, comma 2-*bis* della legge n.190/2012.

Sinteticamente può riassumersi come – alla luce delle nuove disposizioni emanate da ANAC - gli enti rientranti nella prima categoria (in controllo pubblico) siano tenuti:

- ad applicare - in quanto compatibili - le disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e, quindi, a pubblicare sui propri siti *web* dati e documenti relativi alla loro organizzazione e alle loro attività e a garantire altresì l'accesso civico generalizzato²⁹;
- ad applicare i Piani Nazionali Anticorruzione, in quanto atti di indirizzo, e ad adottare misure integrative del *“modello 231”* finalizzate a prevenire i fenomeni corruttivi considerati dalla legge n.190/2012³⁰.

Diversamente, gli enti rientranti nella seconda categoria (non in controllo pubblico):

- sono tenuti ad applicare - in quanto compatibili - le disposizioni sulla trasparenza previsti dal d. lgs. n.33/2013 e, quindi, a pubblicare sui propri siti *web* dati e documenti relativi alla loro organizzazione e alle loro attività e a garantire altresì l'accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di interesse pubblico dagli stessi espletate³¹;
- Non sono obbligati ad applicare ulteriori misure di prevenzione della corruzione.

Le P.A. controllanti/partecipanti adottano iniziative per la promozione dell'integrità e della trasparenza negli enti controllati/partecipati e per la vigilanza sul rispetto da parte di questi ultimi di quanto disposto dalla nuove linee guida dell'ANAC e dalla normativa di riferimento.

Nelle tabelle riportate nella pagina seguente sono individuate le tipologie di enti rientranti nella due diverse categorie previste dall'ANAC.

²⁸ Ci si riferisce alla determinazione ANAC n.8/2015, da intendersi pertanto integralmente abrogata.

²⁹ Art.2-*bis*, comma 2 del d. lgs. n.33/2013.

³⁰ Art.1, comma 2-*bis* della legge n.190/2012.

³¹ Art. 2-*bis*, comma 3 del d. lgs. n.33/2013.

| TAB. N. 1 ENTI DI DIRITTO PRIVATO IN CONTROLLO PUBBLICO | |
|---|---|
| SOCIETÀ IN CONTROLLO PUBBLICO | ALTRI ENTI (DIVERSI DALLE SOCIETÀ) IN CONTROLLO PUBBLICO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Società in cui una (o più) P.A. dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria – art.2359 cod. civ. (<i>controllo interno</i>); • Società in cui una (o più) P.A. dispone dei voti sufficienti a esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria – art.2359 cod. civ. (<i>controllo interno</i>); • Società nei confronti della quale una (o più) P.A. – anche senza alcuna partecipazione - esercita un'influenza dominante in virtù di particolari vincoli contrattuali – art.2359 cod. civ. (<i>controllo esterno</i>); • Società nei confronti della quale una (o più) P.A. – anche se in assenza di partecipazioni - esercita un effettivo potere di controllo e indirizzo dell'attività sociale ad essa attribuita per espressa previsione normativa, statutaria o di altro atto comunque idoneo a conferire tali prerogative (<i>controllo esterno</i>). <p>Il controllo può sussistere anche quando, in applicazione di norme di legge o statutarie o di patti parasociali, per le decisioni finanziarie e gestionali strategiche relative alle attività sociali è richiesto il consenso unanime di tutte le parti che condividono il controllo. Rientrano nella categoria delle società controllate certamente le società <i>in house</i>.</p> | <p>Associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, diversi dalle società:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. con un bilancio maggiore di euro 500.000*; b. la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi consecutivi negli ultimi tre anni da P.A.; c. la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo sia designata o nominata da P.A. <p>Tutti e tre i requisiti devono sussistere contemporaneamente. * <i>per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14).</i></p> |

| TAB. N. 2 - ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO | |
|--|---|
| SOCIETÀ PARTECIPATE | ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO |
| <p>Sono tali le società solo partecipate da P.A. che svolgono attività di pubblico interesse. Si tratta pertanto di società in cui la P.A. (o la società in controllo pubblico) detiene una partecipazione non di controllo.</p> | <p>Soggetti privati, associazioni, fondazioni ed altri enti - comprese società interamente private - anche in assenza di partecipazioni da parte di P.A. che:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) abbiano un bilancio superiore a 500.000*; b) svolgano attività di pubblico interesse, intendendosi per tale: <ul style="list-style-type: none"> • attività di esercizio di funzioni amministrative o • attività di produzione di beni e servizi a favore di P.A. o • attività di gestione di servizi pubblici. <p>(si tratta, secondo le nuove linee guida, “di attività riconducibili alle finalità istituzionali delle amministrazioni affidanti, che vengono esternalizzate in virtù di scelte organizzative-gestionali. Ne deriva che sono certamente di pubblico interesse le attività così qualificate da una norma di legge o dagli atti costitutivi e dagli statuti degli enti e delle società, nonché quelle demandate in virtù del contratto di servizio ovvero affidate direttamente dalla legge”)</p> <p>Tutti e due i requisiti devono sussistere cumulativamente. * <i>per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14 e p.18).</i></p> |

E' indispensabile in questa sede, al fine di consentire la corretta comprensione del sistema di vigilanza attuato dall'IZSLER sugli enti privati partecipati, effettuare una breve disamina anche delle disposizioni di cui all'art.22 del d.lgs. n.33/2013 avente quale rubrica "*Obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli enti pubblici vigilati, e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato*" e del loro diverso ambito di applicazione rispetto alle nuove linee guida adottate da ANAC a novembre 2017³².

Il citato articolo 22 dispone per le P.A. l'obbligo di pubblicare (tra gli altri) i dati relativi agli enti di diritto privato in controllo pubblico e alle partecipazioni in società di diritto privato. In particolare, gli obblighi di pubblicazione riguardano i dati relativi:

- a tutte le società, controllate o anche soltanto partecipate;
- a tutti gli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo pubblico oppure, anche se non in controllo, comunque costituiti o vigilati, nei quali siano riconosciuti alle medesime P.A. poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi.

Appare evidente come l'elenco dei soggetti presi in considerazione dall'art.22 sia diverso e più esteso di quello preso in considerazione dall'art.2-bis, che identifica l'elenco dei soggetti direttamente tenuti ad applicare – seppure con diversa intensità – le norme in tema di trasparenza. Ciò perché gli obblighi di pubblicazione che ricadono sulle P.A. obbediscono ad una logica parzialmente differente dagli obblighi di pubblicazione ricadenti direttamente in capo ai soggetti privati di cui si occupano le linee guida adottate da ANAC.

Nel primo caso, si tratta di definire obblighi di pubblicazione volti a dare una conoscenza completa dell'intero sistema di partecipazione di una determinata pubblica amministrazione; nel secondo, si tratta di obblighi ricadenti direttamente sugli enti privati. A dimostrazione di ciò nell'art. 22 si riscontrano definizioni diverse e non corrispondenti a quelle adottate in altre parti del decreto legislativo n.33/2013 e nelle linee guida ANAC. Ad esempio, la definizione di "*enti di diritto privato, comunque denominati*" di cui all'art.22 non corrisponde a quelle di "*enti in controllo pubblico*" e di "*enti non in controllo pubblico*" contenute nelle linee guida ANAC.

E' necessario pertanto distinguere gli obblighi generali previsti dal d. lgs. n.33/2013 a cui sono tenuti i soggetti elencati all'art. 2-bis e quelli specifici ricadenti in capo alle sole P.A. disposti dall'art.22. Questi ultimi sono, infatti, più ampi e sono volti a garantire la totale trasparenza in ordine a qualsivoglia relazione intercorrente tra amministrazioni pubbliche ed enti di diritto privati.

Le partecipazioni dell'IZSLER

Ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 19 agosto 2016, n.175 "*Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica*", così come integrato dal successivo decreto legislativo 16 giugno 2017, n. 100, "[...] entro il 30 settembre 2017, ciascuna amministrazione pubblica effettua con provvedimento motivato la ricognizione di tutte le partecipazioni [societarie] possedute alla data di entrata in vigore del presente decreto [23 settembre 2016], individuando quelle che devono essere alienate". L'IZSLER ha adempiuto a tale obbligo con decreto del direttore generale n.332 del 19 agosto 2017, nel quale – a seguito di apposita ricognizione effettuata dall'U.O. Economico Finanziaria – si è dato atto dell'assenza di partecipazioni societarie alla data fissata dal Testo Unico, nonché delle partecipazioni di carattere non societario detenute dall'Istituto alla medesima data. Ai sensi del combinato disposto dei commi primo e quinto del succitato art.24, il provvedimento ricognitivo è stato trasmesso alla competente sezione regionale di controllo della Corte dei Conti e gli esiti della ricognizione sono stati comunicati al Ministero del Tesoro. Successivamente alla

³² L'IZSLER non ha poteri di vigilanza nei confronti di alcun ente pubblico. Per tale ragione la disamina relativa all'articolo in questione è limitata agli enti di diritto privato.

ricognizione - in data 23 marzo 2017 - l'Istituto ha aderito alla società consortile a responsabilità limitata "GAL Golem Valle Trompia e Colline Prealpi Bresciane" per una quota pari al 3,18% e un valore nominale di € 318,00 (trecentodiciotto/00).

Alla luce di quanto sino ad ora illustrato - alla data di adozione del presente PTPCT - il sistema di partecipazione dell'IZSLER è costituito dai seguenti enti di diritto privato³³:

- Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
- Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche;
- GAL Golem.

A.I.Z.S.

L'associazione temporanea di scopo denominata "Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali" (A.I.Z.S.) è stata costituita nel 2011 - esclusivamente tra gli Istituti Zooprofilattici - per promuovere il sistema qualità nei laboratori dei dieci I.I.ZZ.SS. e rappresentare unitariamente le esigenze di questi ultimi in seno all'ente nazionale di accreditamento ACCREDIA. A partire dall'entrata in vigore del decreto legislativo n.39/2013 (recante la disciplina delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi conferiti - tra gli altri - presso gli enti privato in controllo pubblico), in ragione della qualificazione giuridica e della partecipazione totalmente pubblica dell'Associazione, sono state acquisite e pubblicate nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" dell'IZSLER le dichiarazioni previste dall'art.20 del predetto decreto legislativo relative all'Amministratore dell'A.I.Z.S.

Coerentemente all'allora vigente determinazione dell'ANAC n.8/2015 - oggi integralmente abrogata dalla nuove Linee Guida datate 8 novembre 2017 - l'Associazione a gennaio 2016 provvedeva alla nomina del Direttore Amministrativo dell'IZSLER quale proprio Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ed all'approvava i PTPC e PTTI per gli anni 2016-2018³⁴. Nell'ambito del sito *internet* dell'IZSLER nel corso del 2016 veniva, infine, realizzata un'apposita sezione denominata "società trasparente" nella quale venivano 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. n.97/2016, introduttivo dell'art. 2-bis al d. lgs n.33/2013, ha limitato 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", facendo venir meno qualsivoglia obbligo di pubblicazione a carico di A.I.Z.S.³⁵. Per tale ragione, con nota del 18 gennaio 2017, il Direttore Amministrativo dell'IZSLER, ha comunicato a tutti gli I.I.ZZ.SS che, in ragione dell'avvenuta modifica legislativa, l'Associazione non avrebbe adottato ulteriori PTPCT, né aggiornato le pubblicazioni nella sezione "Società trasparente".

Diversamente l'IZSLER, in conformità a quanto disposto dall'art.22 del d. lgs. n.33/2013 continua a pubblicare e ad aggiornare nella propria sezione "Amministrazione Trasparente" i dati relativi ad A.I.Z.S. Ciò al fine di garantire la massima trasparenza dell'intero "sistema di partecipazioni" dell'Istituto. Ugualmente, nella medesima sezione del sito *internet*, sono pubblicate le dichiarazioni rese ex art.20 del d. lgs. n.30/2013 dall'Amministratore di A.I.Z.S.

³³ L'IZSLER quale soggetto utilizzatore di imballaggi è iscritto - per disposizione normativa (d.lgs. n.152/2016) - al Consorzio Nazionale Imballaggi (CONAI), nei confronti del quale è tenuto al versamento di un contributo annuale obbligatorio. Per l'anno 2016 l'importo del contributo è stato pari ad € 82,53. Tale adesione non si ritiene tuttavia rilevante ai fini del PTPCT.

³⁴ E' utile ricordare che A.I.Z.S., non ha dipendenti. La limitata attività è assicurata dagli uffici amministrativo dell'IZSLER.

³⁵ L'Associazione ha un bilancio assai ridotto (2014: avanzo di gestione € 9.638,32; 2015: avanzo di gestione € 1.58,11; 2016: avanzo di gestione - € 1.949,92).

Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche

La Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche è ente con personalità giuridica di diritto privato avente quali finalità istituzionali “la promozione, l’incoraggiamento e il sussidio di iniziative dirette al miglioramento zootecnico e alla difesa sanitaria del bestiame con particolare riguardo allo studio, alla sperimentazione e alla ricerca scientifica nel settore zootecnico e veterinario”, con particolare riferimento “al territorio della provincia di Brescia”.

Lo statuto della Fondazione prevede quali propri organi il Consiglio Generale (organo di indirizzo), il Presidente e il Comitato Direttivo (organi di amministrazione), il Collegio dei Revisori (organo di controllo) e il Comitato Tecnico Consultivo (organo consultivo).

Lo statuto riserva all’IZSLER la nomina di un proprio rappresentante a membro del Consiglio Generale. I restanti componenti sono nominati dalla CCIAA e dalla Provincia di Brescia, dalla Fondazione “Istituzioni Agrarie Raggruppate”, da UBI Banco di Brescia S.p.a. e da UBI Banca S.p.a.; il Presidente è eletto dal Consiglio Generale; il Comitato Direttivo è composto dal Presidente e da due membri designati (a maggioranza) dal Consiglio Generale. Lo statuto prevede altresì che il Direttore Generale dell’IZSLER sia membro di diritto del Comitato Tecnico Consultivo.

La lettura delle norme statutarie disciplinanti la nomina dei membri del Consiglio Generale, l’elezione del Presidente e la designazione dei componenti del Comitato Direttivo inducono ad escludere la qualificazione della Fondazione quale “ente privato in controllo pubblico”, in quanto non tutti i membri dell’organo di indirizzo (Consiglio Generale) sono nominati da enti pubblici (UBI Banco di Brescia S.p.a. e da UBI Banca S.p.a. hanno personalità giuridica di diritto privato). Né gli organi di amministrazione (Presidente e Comitato Direttivo) sono nominati/designati da enti pubblici, essendo espressione del Consiglio Generale.

Anche l’ulteriore requisito richiesto dalle linee guida ANAC per la qualificazione della Fondazione quale ente in controllo pubblico (attività finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi consecutivi negli ultimi tre anni da P.A.) difficilmente può ritenersi sussistente. Ai sensi dello statuto, il principale mezzo di finanziamento della Fondazione è, infatti, costituito dalla gestione del proprio patrimonio. Per la verifica di tale aspetto occorrerebbe tuttavia esaminare i bilanci della Fondazione.

Invero apparirebbe forzata la collocazione della Fondazione anche nella categoria degli “Enti non in controllo pubblico” prevista dalle nuove linee guida ANAC. Nonostante la rilevanza delle attività svolte dalla Fondazione, esse – perlomeno rispetto ai rapporti con l’IZSLER – difficilmente possono qualificarsi come attività di “interesse pubblico”. La Fondazione, infatti, non esercita funzioni amministrative (attività di istruttoria in procedimenti di competenza dell’IZSLER; funzioni di certificazione o di accertamento, di autorizzazione, etc); non espleta attività di servizio pubblico a favore dei cittadini sulla base di un affidamento disposto dall’IZSLER; non svolge, infine, attività di produzione di bene e servizi a favore dell’IZSLER³⁶.

Diversamente, considerato quanto precisato in merito all’ambito di applicazione dell’art.22 del d.lgs n.33/2013, si ritiene che l’IZSLER abbia, quale P.A. con potere di nomina di un membro del Consiglio Generale, l’obbligo di pubblicare i dati e le informazioni relative alla Fondazione elencate dal predetto articolo 22. Per tale ragione nella apposita sezione di Amministrazione Trasparente come per gli anni passati continueranno ad essere pubblicati i dati e le informazioni elencati dal predetto articolo relativi alla Fondazione.

Ugualmente, nella medesima sezione del sito internet, sono pubblicate le dichiarazioni rese ex art.20 del d. lgs. n.39/2013 dal Prof. Mario Colombo, quale membro del Consiglio

³⁶ Si veda in particolare l’esemplificazione delle attività di interesse pubblico operata da ANAC a pag. 19 delle nuove linee guida.

Generale della Fondazione in rappresentanza dell'IZSLER.

Quale iniziativa volta a promuovere la prevenzione della corruzione e favorire la massima trasparenza, con nota prot. n.1466/2018 l'Istituto ha inviato alla Fondazione un'apposita relazione illustrativa dei contenuti delle nuove linee guida adottate da ANAC e della misure di contrasto alla corruzione in esse previste.

GAL GOLEM

I Gruppi di Azione Locale (GAL) sono partenariati misti composti da rappresentanti degli interessi socio-economici locali sia pubblici sia privati finalizzati all'attuazione delle iniziative di sviluppo in precisi ambiti territoriali. Anche se costituiti in persone giuridiche di diritto privato, i GAL sono investiti di una missione pubblica ed hanno il compito di promuovere lo sviluppo rurale garantendo nel contempo a ciascun operatore dell'area pari opportunità nell'accesso ai finanziamenti, alle informazioni, alle opportunità di beneficiare di servizi di assistenza e di supporto.

Compito del GAL Golem è elaborare e attuare iniziative di sviluppo degli ambiti di "Valle Trompia" e delle "Colline delle Prealpi Bresciane", sviluppando sinergie sistemiche per rendere innovativa e competitiva l'economia rurale ed agro-alimentare del territorio. L'IZSLER, quale ente sanitario e di ricerca operante nell'ambito della sanità animale e della sicurezza agro-alimentare, contribuendo ai piani di sviluppo delle aree di competenza del GAL Golem Valle Trompia e Colline Prealpi Bresciane, può perseguire i propri obiettivi istituzionali di conoscenza scientifica ed epidemiologica. Sulla base di tale motivazione in data 17 marzo 2017, con decreto del direttore generale n.123/2017, è stata disposta l'adesione dell'IZSLER al GAL Golem. Il provvedimento di adesione, come prescritto dal più volte richiamato Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica, è stato trasmesso alla sezione regionale della Lombardia della Corte dei Conti e all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nonché pubblicato nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente del sito internet dell'IZSLER. Nella medesima sezione sono pubblicate tutte le informazioni e i dati relativi al Gruppo di Azione locale per i quali la normativa richiede la pubblicazione, comprese le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di inconferibilità e incompatibilità rese dai titolari degli organi di amministrazione del GAL Golem.

L'Istituto con nota prot. n. 706/2018 ha trasmesso al Gal Golem e alle P. A. ad esso aderenti copia della deliberazione n.1134 dell'8 novembre 2017 con cui l'ANAC ha adottato le nuove linee guida, in quanto applicabili al Gal Golem, quale società consortile a capitale misto pubblico-privato.

Allo scopo di offrire supporto al Gruppo di Azione Locale nella corretta applicazione di quanto disposto dall'ANAC, l'IZSLER ha trasmesso altresì un schema riassuntivo dei principali contenuti delle linee guida.

Come precisato nella nota di trasmissione, Il provvedimento dell'ANAC - pur essendo indirizzato agli enti controllati/partecipati - contiene importanti indicazioni anche a favore delle P.A. controllanti/partecipanti, soprattutto con riferimento ai compiti di impulso e vigilanza previsti in capo a queste ultime. In particolare, secondo l'Autorità Nazionale Anticorruzione "nel caso di controllo congiunto da parte di più amministrazioni spetta a queste ultime anche facendo ricorso a patti parasociali, stipulare apposite intese per definire a quale di esse compete la vigilanza sull'adozione delle misure e nomina del RPCT". Per tale ragione, quale iniziativa volta alla promozione dell'integrità, l'IZSLER ha proposto di riconoscere in capo alla Comunità Montana di Valle Trompia il ruolo di interlocutore principale rispetto al GAL ai fini della corretta applicazione delle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione; ciò in considerazione del ruolo di ente capofila con quota maggioritaria svolto dalla comunità montana nell'ambito del partenariato del gruppo di

azione locale, oltre che per esigenze di economicità e semplificazione. Fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dall'art.22 del d.lgs. n.33/2013 in capo a ciascuna P.A. aderente alla compagine societaria, nonché il generale dovere di vigilanza nei confronti della società consortile.

9 Relazione annuale 2017

Il termine per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione Annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1 comma 14 della L. n. 190/2012 quest'anno è stato prorogato alla data del 31 gennaio 2018 (cfr. Comunicato del Presidente dell'ANAC del 06 dicembre 2017), al fine di consentire di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse alla predisposizione del Piano.

10 Il processo di gestione del rischio

Nell'ambito delle attività per la prevenzione del rischio corruttivo previste a livello centrale, dai PNA, e periferico, dai PTPCT, risulta centrale la gestione del rischio³⁷ svolto all'interno dell'Amministrazione.

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 le seguenti fasi:



La prima e la seconda fase di gestione del rischio comportano la definizione delle aree a rischio e la mappatura di tutti i processi aziendali ricompresi nelle Aree di rischio.

La seconda fase implica l'identificazione, l'analisi e la ponderazione del rischio, che valuta la probabilità che si verifichi un evento corruttivo all'interno del processo, nonché il suo impatto organizzativo, economico e reputazionale.

Nell'ultima fase si ha il trattamento del rischio, con la predisposizione di misure idonee a neutralizzare o ridurre il verificarsi di eventi corruttivi.

Tale sistema di gestione del rischio si completa col monitoraggio sull'attuazione delle misure preventive.

Nel 2017 è stato svolto in Istituto un importante lavoro per strutturare l'intero ciclo di gestione del rischio e renderlo efficace.

Il PTPCT 2017-2019 prevedeva, in tema di gestione del rischio, una serie di misure che si riportano sinteticamente:

- Individuazione del sistema per la valutazione del rischio più adeguato alla natura delle attività dell'Izsl;
- Rilascio e presentazione di un applicativo informatico per la gestione dell'intero sistema di valutazione del rischio e di rendicontazione delle misure;
- Aggiornamento e completamento della mappatura dei processi di tutte le strutture sanitarie e amministrative, la valutazione e ponderazione di tutti i processi mappati e l'individuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo;
- Trasmissione da parte dei dirigenti di struttura dei report sull'attuazione delle misure previste nelle schede dei processi;

³⁷ Per gestione del rischio si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio corruttivo

- Monitoraggio a campione da parte del RPCT dei report trasmessi dai dirigenti di struttura al fine di procedere alla Relazione Annuale.

L'Istituto ha adottato per il 2017 il sistema per la valutazione del rischio previsto dall'ANAC, ossia l'allegato 5 del PNA 2013. I Sistemi Informativi, dopo una prima presentazione dell'architettura informatica effettuata ad aprile del 2017, hanno completato l'applicativo informatico per la gestione e rendicontazione dei processi nel mese di settembre.

A marzo del 2017, quale prima fase del processo di gestione del rischio, è stato richiesto a ciascun dirigente di struttura complessa (e semplice non afferente a complessa) di avviare il lavoro di mappatura di tutti i processi relativi ai propri Reparti/U.O. La mappatura di tutti i processi afferenti ai Reparti e alle Unità Operative, con l'individuazione dei relativi rischi corruttivi, è stata trasmessa dai rispettivi dirigenti di struttura nel mese di maggio 2017. Tali mappature necessitavano, tuttavia, di una profonda revisione, per consentire l'effettiva emersione di tutti i processi aziendali e soprattutto la successiva individuazione e standardizzazione di quelli realmente a rischio.

Tra marzo e luglio 2017, veniva fornita apposita formazione in materia di *risk management* ai dirigenti di struttura complessa – cui competono le attività di mappatura dei processi di propria competenza, individuazione e valutazione del rischio corruttivo, individuazione ed attuazione delle misure atte a contrastare tale rischio, nonché rendicontazione dell'attività svolta. Sono state realizzate, in particolare, una giornata di formazione in aula di carattere generale a favore dei dirigenti interessati e specifici incontri di laboratorio con i dirigenti di struttura coinvolti nel lavoro di mappatura.

A seguito di tale percorso formativo i dirigenti responsabili di struttura hanno trasmesso, a fine luglio, le schede di mappatura dei processi con la valutazione e ponderazione del rischio e con l'individuazione delle misure atte a contrastare i potenziali fenomeni corruttivi.

Le schede di gestione del rischio sono state sottoposte all'attenzione del Nucleo di Valutazione, che ha segnalato la necessità di individuare misure di prevenzione più adeguate ai rischi corruttivi e di rapportarle a indicatori, target e tempi di realizzazione misurabili oggettivamente, conformemente a quanto avviene per la valutazione della *performance* delle prestazioni.

Il RPCT, col coinvolgimento del Gruppo di Supporto, ha quindi riesaminato le schede di tutte le strutture, sia sanitarie che amministrative, segnalando ai rispettivi dirigenti le criticità riscontrate e proponendo integrazioni e modifiche necessarie, nel rispetto della normativa di riferimento e sulla base delle indicazioni puntuali fornite dal Nucleo di Valutazione.

A conclusione dell'iter sopra descritto, sono stati definiti i "Processi amministrativi IZSLER Aree a rischio, generali e specifiche e rispettive misure contrasto" ed i "Processi sanitari IZSLER Aree a rischio, generali e specifiche e rispettive misure contrasto", approvati con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 14 del 30 ottobre 2017.

Il ciclo di gestione del rischio è stato completato con la rendicontazione, da parte dei dirigenti delle strutture amministrative e sanitarie, sull'attuazione delle misure adottate e con la successiva attività di controllo svolta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo presso le strutture di rispettiva competenza.

Infine, il RPCT ha svolto attività di monitoraggio, nell'ambito della quale ha tenuto incontri individuali con tutti i dirigenti di struttura complessa in merito all'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione previste dal PTPCT 2017-2019 e alle proposte per l'adozione del PTPCT 2018-2020.

Sulla base delle criticità emerse in fase di monitoraggio, per il triennio 2018-2020 il RPCT con i dirigenti di struttura, in accordo col Gruppo di Supporto e col Direttore Sanitario, hanno provveduto ad omogeneizzare i processi sanitari, semplificando l'architettura complessiva della mappatura (vedi allegato D), al fine di far emergere più chiaramente i rischi corruttivi e apportare misure di contrasto efficaci.

Per quanto riguarda i processi amministrativi, ai fini dell'adozione del PTPCT 2018-2020 ciascun dirigente di struttura ha individuato autonomamente i processi relativi all'unità organizzativa di competenza. Il RPCT ha formulato alcune osservazioni e proposte ai

dirigenti responsabili della gestione del personale e dei contratti pubblici, trattandosi dei settori maggiormente esposti al rischio corruttivo. I processi amministrativi relativi alle aree a rischio con le rispettive misure di contrasto sono riportate nell'allegato "C" al presente Piano.

Per il triennio 2018-2020 la mappatura dei processi relativi all'area dei contratti pubblici seguirà la suddivisione analitica nelle distinte fasi della programmazione, progettazione della gara, selezione del contraente, aggiudicazione, stipula, esecuzione e rendicontazione dei contratti, come previsto dal PNA 2016.

Nell'ambito della gestione del rischio, rappresentano obiettivi per il triennio 2018-2020 la revisione e il miglioramento dell'applicativo informatico per la gestione del sistema di valutazione del rischio e di rendicontazione delle misure, nonché l'aggiornamento della mappatura e la nuova analisi del rischio corruzione dei processi di tutte le strutture sanitarie e amministrative, tenuto conto del riordino organizzativo.

10.1 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi aziendali comporta l'individuazione dei processi e dei sotto-processi riconducibili alle aree a rischio corruzione individuate nel presente Piano.

I processi, o fasi degli stessi (sotto-processi), sono classificati per Area di rischio, generale o specifica, 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 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.

10.2 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.

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 2013 e quindi dal 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**;
- **manca 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.

Come anticipato, 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.

A ciascuna delle due dimensioni sopra citate sono attribuiti dei punteggi, in base a quanto indicato nell'allegato 5 del PNA 2013.

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 $VCR = P \times I$.

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.

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:

| | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| TRASCURABILE | MEDIO | RILEVANTE | CRITICO |
| Da 1 a 3 | da 3,1 a 6 | da 6,1 a 12 | da 12,1 a 25 |

I quattro livelli di rischio che ne derivano (1. livello critico 2. livello rilevante 3. livello medio 4. livello trascurabile) descrivono non solo quanto il rischio è elevato ma, analizzando i punteggi, 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.

10.3 Il 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 2013 come modificato dalla determinazione n. 12 del 2015 di ANAC, nelle seguenti categorie fondamentali:

- b) generali: sono quelle 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.

Le misure di contrasto ai singoli eventi rischiosi individuati, che sono state finora previste 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.

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

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

- a) i tempi di realizzazione, con eventuali fasi intermedie di realizzazione;
- b) il dirigente della struttura responsabile per l'attuazione;
- c) gli indicatori di monitoraggio (indicatori e target).

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.

11 Programmazione delle misure anni 2018-2020

11.1. Obiettivi e descrizione delle misure

La programmazione delle misure e delle azioni per il triennio 2018- 2020 risponde alle già individuate finalità di **ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione e creare un contesto sfavorevole alla corruzione**

Le misure di prevenzione della corruzione, che interesseranno il triennio 2018- 2020, sono programmate in dettaglio solo per l'anno 2018, nella relativa scheda programmatica allegata al Piano (allegato F).

Le misure programmate sin d'ora per gli anni successivi sono descritte in modo generico nella successiva scheda programmatica. Queste ultime misure saranno ridefinite e precisate in sede di aggiornamento annuale del Piano.

Programma Anni 2019-2020

| MISURA | TERMINE DI ATTUAZIONE |
|---|-----------------------|
| Predisposizione proposta del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021 | 31.01.2019 |
| Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2019 | 28.02.2019 |
| Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati | 30.6.2019 |
| Monitoraggio finale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati | 31.12.2019 |
| Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2019 | 31.12.2019 |
| Predisposizione del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022 | 31.1.2020 |
| Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2020 | 28.2.2020 |
| Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati | 30.6.2020 |
| Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati | 31.12.2019 |
| Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2020 | 31.12.2020 |

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA

12 Premessa

Al fine di raggiungere sempre più adeguati livelli di trasparenza, definita dal decreto legislativo 150/2009 come “accessibilità totale”, nella presente sezione l’Istituto individua le modalità e le iniziative che adotterà al fine di dare completa e compiuta realizzazione ad adeguati livelli di trasparenza come previsti dal d.lgs. 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 d.lgs. 97/2016.

Per la definizione dei contenuti degli obblighi ci si è riferiti alle linee guida e agli indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.

A partire da dicembre 2016 sono state pubblicate da parte dell’Autorità Nazionale Anticorruzione:

- 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, di cui alla determinazione n.1309 del 28.12.2016;
- 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 n.97/2016, di cui alla determinazione n.1310 del 28.12.2016;
- Linee Guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art.14 del d. lgs. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art.13 del d.lgs. 97/2016, di cui alla delibera n.241 dell’08.03.2017;
- Delibera n.382 del 12.04.2017 di sospensione dell’efficacia della delibera n.241/2017 “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art.14 del d.lgs. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art.13 del d.lgs. 97/2016”, limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art.14 co. 1, lett. c) ed f) del d.lgs. n.33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN, in attesa della definizione nel merito del giudizio o in attesa di un intervento legislativo chiarificatore.

Le linee guida di cui alla determinazione n.1310/2016 pubblicate a ridosso dell’approvazione del precedente PTPCT 2017-2019 hanno imposto dei successivi adeguamenti della mappa degli obblighi di pubblicazione. Tali modifiche hanno trovato recepimento nella variazione al PTPCT 2017-2019 approvata con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.7 del 28.06.2017.

All’interno di tale quadro di riferimento sono 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 sottosezione 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).

Sono intervenuti inoltre i seguenti comunicati del Presidente di ANAC:

in riferimento alla pubblicazione delle situazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti

- Comunicato del 12 aprile 2017 “Determinazione n.241 dell’8 marzo 2017 “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art.14 del d.lgs. 33/2013 «*Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali*» come modificato dall’art.13 del d.lgs. 97/2016” – sospensione dell’efficacia limitatamente alla pubblicazione dei dati di cui all’art.14, co. 1, lett.c) ed f), del d.lgs. 33/2013 per i titolari di incarichi dirigenziali;
- comunicato del 17 maggio 2017 “Chiarimenti in ordine alla pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti (art.14, co.1-ter, del d.lgs. 33/2013);
- comunicato dell’8 novembre 2017 “Pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti (art.14, co.1-ter, del d.lgs. 33/2013);

In materia di diritto di accesso:

- comunicato del 27 aprile 2017 “Chiarimenti sull’attività di ANAC in materia di accesso civico generalizzato”;
- circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 30 maggio 2017, n. 2/2017 recante «Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato» (c.d. FOIA)

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico nonché i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell’utilizzo delle risorse, integrità e lealtà. Essa sostanzia il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” di dati, documenti ed informazioni ottempera ai principi di buon andamento dell’azione amministrativa ed è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un’effettiva conoscenza dell’azione dell’Istituto con il fine di sollecitare ed agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività, nonché una delle misure principali atte a prevenire episodi corruttivi.

L’Istituto per assicurare un costante confronto sulle problematiche relative al tema della Trasparenza 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 di Pavia, 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, ASST Papa Giovanni XXIII, Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori. Anche per l’anno 2017 l’Istituto ha partecipato alle attività del gruppo dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione.

13 L’obiettivo strategico in materia di trasparenza e accesso civico

Il decreto legislativo n.97/2016 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Dare completa attuazione alla trasparenza garantisce un adeguato livello sia di informazione che di legalità, tesa allo sviluppo della cultura dell’integrità.

L’Istituto, in conformità con quanto previsto dall’art. 10, c. 3, D. Lgs. 33/2013 conferma per il triennio 2018-2020 il seguente **obiettivo strategico: “La trasparenza totale e il nuovo accesso civico: accountability e qualità dei servizi”**, da cui discendono le azioni qui di seguito elencate.

13.1 Promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato: adempimenti conseguenti alla predisposizione del nuovo regolamento in materia di accesso e accesso civico

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, vera novella della riforma della trasparenza amministrativa, è stato introdotto dal D. Lgs. n. 97/2016 a partire dal 23 giugno 2017.

Dando attuazione al PTPCT 2017/2019 e seguendo le Linee Guida ANAC in materia è stato predisposto il nuovo regolamento interno. Il Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 12 del 02.10.2017 lo ha definitivamente adottato.

Il nuovo testo regolamentare è stato trasmesso alla Commissione per il diritto di accesso ai documenti amministrativi presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai fini del rilascio del parere previsto dall'art. 11, c.1, lett. a) del D.P.R. n. 184/2006, di cui si attendono ancora gli esiti.

L'adozione di un nuovo regolamento aveva quali finalità di:

- ottimizzare l'iter procedurale per l'evasione di ciascuna singola richiesta di accesso;
- individuare con precisione le figure responsabili dei procedimenti;
- descrivere le varie casistiche per ogni tipologia di accesso.

Una delle misure programmate per l'anno 2018 in materia di trasparenza prevede il **"rispetto delle tempistiche adottate dal regolamento"** da parte delle strutture, con l'attivazione di un monitoraggio periodico in corso d'anno per la valutazione del raggiungimento o meno del 100% del target.

Altra misura programmata per l'anno 2018 in materia di trasparenza, è la **"realizzazione di un evento formativo in materia di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato"** per consentire una diffusione dei contenuti del nuovo regolamento, oltre che delle specifiche generali relative alle varie tipologie di diritto di accesso.

Le Linee Guida ANAC in materia di accesso suggerivano anche l'opportunità di istituire presso ogni amministrazione un **registro delle richieste di accesso** presentate, per tutte le tipologie di accesso.

La Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2017 ha fornito notevoli spunti per la costruzione del modello di gestione del registro.

Viene prevista infatti entro il 30.06.2018 una azione per la **realizzazione del Registro degli accessi informatico secondo lo standard XSD-FOIA- RA- INT/EXT per l'esposizione di dati e metadati tramite il riuso del sistema di protocollo.**

13.2 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 al fine di garantire l'affidamento dei cittadini, l'imparzialità, il buon andamento e la legalità dell'azione amministrativa.

L'RPCT ha svolto nei mesi di marzo, luglio e settembre 2017 il monitoraggio delle pubblicazioni dell'intera sezione «Amministrazione Trasparente» con riferimento ai contenuti delle pubblicazioni, al rispetto dei tempi di pubblicazione e aggiornamento nonché alla corrispondenza di quanto pubblicato con quanto previsto nel PTPCT 2017-2019.

Anche per l'anno 2018 verrà migliorata in termini di razionalizzazione e qualità la pubblicazione delle informazioni.

Tra le misure programmate per l'anno 2018 sono previste: il **"rispetto del requisito della**

completezza delle pubblicazioni”, il “rispetto del requisito dell’aggiornamento delle pubblicazioni” e la relativa attività di monitoraggio.

13.3 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

Nel corso del 2017 sono stati attuati i seguenti interventi:

- Riorganizzazione in tabelle dei contenuti degli obblighi di pubblicazione relativi ad appalti di lavori, servizi e forniture così da dare coordinata attuazione alle disposizioni in tema di trasparenza di cui al decreto legislativo 33/2013 ed al codice degli appalti;
- Riorganizzazione in tabelle dei contenuti degli obblighi di pubblicazione del personale dirigente;
- Riorganizzazione in tabella dei contenuti degli obblighi di pubblicazione relativi agli «Atti generali» ricondotti per settori di competenza;
- Attivazione del registro degli accessi così come previsto dalla delibera ANAC 1310/2016;
- Pubblicazione selettiva dei provvedimenti amministrativi interessati dall’applicazione dell’art. 23 del decreto legislativo 33/2013.

Nel corso del 2018 dovrà proseguire il percorso avviato nell’anno 2017 al fine di automatizzare le pubblicazioni e garantire la completezza della documentazione, rendendo sempre più chiari, fruibili e rintracciabili i dati pubblicati sul sito “Amministrazione Trasparente” da parte di cittadini e soggetti interessati.

Per l’anno 2018 è prevista quale misura programmata il “*rispetto del requisito del formato aperto delle pubblicazioni*”

14 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)

L’Istituto ha definito le misure organizzative “per controllare e assicurare la regolare attuazione dell’accesso civico” ai sensi dell’art. 43 co. 4 del novellato decreto trasparenza.

Centrale, da questo punto di vista, risulta essere la figura del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e così ha disposto il regolamento di recente approvazione, in coerenza con il disposto normativo.

Non meno rilevante è il ruolo svolto dal dirigente della struttura che detiene o ha formato il documento. La doverosa responsabilizzazione della dirigenza in materia di accesso e, più in generale, in materia di trasparenza, è la naturale conseguenza dell’inserimento da parte del legislatore riformatore del d.lgs. n. 33/2013 degli **obiettivi di trasparenza** all’interno degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali e nei relativi contratti.

Il dirigente è d’altro canto chiamato a vigilare anche sugli aspetti legati alla tutela dei dati personali, che fanno da contraltare al principio della trasparenza e alla regola generale del rilascio di documentazione/dati/informazioni in possesso dell’ente.

Nel regolamento, quindi, sono state infine individuate quali figure centrali all’interno del procedimento di evasione della domanda di accesso civico generalizzato il **Direttore Amministrativo** - per le domande riferite a documentazione/dati/informazioni di tipo amministrativo - e il **Direttore Sanitario**, per quelle riferite a

documentazione/dati/informazioni di tipo sanitario.

Tale scelta ha una duplice finalità: essa, infatti, da una parte consente di mantenere ad un livello superiore la titolarità della decisione e, di conseguenza, la responsabilità; dall'altra, costituisce un'operazione di coordinamento, che negli intenti del regolamento dovrebbe garantire una coerenza ed omogeneità nelle risposte.

Un'altra raccomandazione della Circolare sopra citata è l'individuazione all'interno dell'Istituto di un **"centro di competenza"** (c.d. *help desk*) che assista gli uffici nella trattazione delle singole domande. In tale senso, il regolamento ha consegnato tale funzione all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)**,

Anche alla luce di queste nuove attribuzioni affidate all'U.R.P., è in previsione nel corso dell'anno una revisione dell'attuale «Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico», adottato dall'Istituto con delibera del Direttore Generale n. 664 del 22.12.2011.

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 e del 2017, 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:

| RESPONSABILE | COMPITI |
|---|---|
| RPCT | Predisporre la proposta di aggiornamento annuale del PTPCT - sezione Trasparenza; Svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni; |
| Dirigenti/direttori responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente" | 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; Garantire la completezza delle pubblicazioni con assunzione di responsabilità rispetto ai contenuti pubblicati; Rimuovere i dati, i documenti o le informazioni decorso il periodo dell'obbligo di pubblicazione; Garantire l'interpretazione della normativa relativa al settore di competenza e individuare idonee modalità di pubblicazione, fornendo all'RPCT informazione delle scelte operate; |
| I referenti della trasparenza | Supportare l'RPCT ed i dirigenti responsabili delle pubblicazioni per il tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza dell'attività amministrativa; |

| | |
|--|--|
| Dirigente Responsabile Sistemi Informativi | <p>Gestire la sezione del sito "Amministrazione Trasparente";</p> <p>Garantire che le soluzioni tecnologiche adottate supportino adeguatamente la pubblicazione tempestiva dei dati, delle informazioni e dei documenti da parte delle strutture responsabili della pubblicazione;</p> <p>Garantire idonee soluzioni informatiche all'RPCT per assicurare il corretto svolgimento di verifiche e monitoraggi;</p> <p>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;</p> |
| Nucleo di valutazione delle prestazioni | <p>Verificare la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT - sezione Trasparenza e il Piano della performance;</p> <p>Rilevare e attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro il 30/04 di ogni anno o entro i diversi termini prescritti da ANAC;</p> |

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo n.33/2013 e dell'articolo 6 della legge 241/1990 ogni direttore/dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo. Il responsabile della pubblicazione definisce i contenuti dell'obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione dei dati/informazioni e ne cura l'aggiornamento secondo le tempistiche stabilite negli obiettivi di trasparenza e la qualità dei dati richiesta, effettua i controlli ed i monitoraggi richiesti dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, propedeutici all'azione di controllo e monitoraggio di competenza di quest'ultimo.

I Sistemi Informativi garantiscono ai responsabili della pubblicazione il supporto tecnico anche per ciò che riguarda l'utilizzo di formati corretti. I Sistemi Informativi sono tenuti a fornire dettagliate ed accurate istruzioni per la produzione dei documenti/pagine web in formato aperto, che devono essere messe a disposizione dei responsabili della pubblicazione. I Sistemi Informativi devono altresì garantire agli operatori incaricati delle pubblicazioni la dotazione ed il costante aggiornamento degli strumenti e degli applicativi per la pubblicazione in modo accessibile.

Ciascun dirigente responsabile di struttura è inoltre responsabile del trattamento dei dati personali oggetto di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente". Per tale ragione, nella pubblicazione di quanto di sua competenza, egli è tenuto ad adempiere alle disposizioni in materia di dati personali in conformità alle *"Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati"*, emanate dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014, anche alla luce del nuovo Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

16 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità

La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle relative responsabilità, di cui all'allegato G, è la rappresentazione sintetica della sezione trasparenza del PTPCT per il triennio 2018-2020 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 degli obblighi di pubblicazione i responsabili della individuazione, e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di obbligo di pubblicazione. La definizione e l'elaborazione dei contenuti degli obblighi di pubblicazione debbono essere la risultanza della collaborazione e del diretto coinvolgimento dei responsabili della pubblicazione che necessariamente prestano idoneo supporto all'RPCT.

Per quanto possibile, in conformità con l'orientamento ribadito da ANAC, l'Istituto individua quale scelta preferibile la pubblicazione dei dati e delle informazioni in formato tabellare, a garanzia di un maggiore livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei contenuti pubblicati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili.

Di forte impatto anche organizzativo si è rivelata l'estensione dell'obbligo di pubblicazione dei dati relativi a titolari di incarichi politici, anche se non di carattere elettivo, ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente. (Art. 14, comma 1-bis d.lgs.33/2013)

Alla luce dell'esplicitazione dei criteri di identificazione soggettiva resi da ANAC con il proprio provvedimento n.241/2017 per l'Istituto è stato indispensabile provvedere a ricollocare le pubblicazioni relative al Consiglio di Amministrazione, previa rivalutazione del profilo soggettivo, nella sezione di "Amministrazione Trasparente" nei titolari di

incarichi di direzione o di governo. Si è altresì provveduto a dare concreta attuazione a quanto previsto con la delibera n.241/2017 ad un'ipotesi di svolgimento dell'incarico a titolo gratuito.

Come noto, con la novella del decreto legislativo n.97/2016, per difetto di coordinamento, l'articolo 41, co. 3 relativo alla dirigenza sanitaria rinvia alle disposizioni applicative dell'articolo 15 dedicato agli "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza" e non invece all'articolo 14 relativo proprio della dirigenza. La modifica apportata dal decreto legislativo n.97/2016 all'articolo 15 ha infatti riguardato proprio l'ambito soggettivo di applicazione, espungendo dalla disposizione il riferimento agli incarichi dirigenziali, ora esclusivamente disciplinati dall'articolo 14.

In considerazione dell'intervenuta successiva sospensione degli obblighi relativi alla pubblicazione di compensi, situazioni reddituali e patrimoniali (delibera ANAC n.382/2017) previsti appunto all'articolo 14 del d.lgs. n.33/2013, la scelta iniziale, a seguito di valutazione del dettato normativo, limitatamente ai dati relativi al Direttore Generale, al Direttore Sanitario ed al Direttore Amministrativo, era stata quella di applicare l'articolo 14 e le relative sospensioni. In particolare con la sopra citata delibera ANAC n.382/2017 venivano sospesi gli obblighi di pubblicazione relativi ai compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, le situazioni reddituali e patrimoniali.

L'incertezza interpretativa nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione è ben evidenziata dall'atto di segnalazione n. 6 del 20 dicembre 2017, approvato dal Consiglio di ANAC con delibera n.1301 del 20 dicembre 2017 al Parlamento con il quale l'Autorità medesima ha formulato delle osservazioni in merito ad alcune disposizioni del decreto legislativo n.33/2013 precisando come permangano "[...] alcune questioni aperte e lacune normative che meritano di essere segnalate al Governo e al Parlamento, anche al fine di adottare dei correttivi che rendano più efficaci le disposizioni normative vigenti". Fra le segnalazioni per le quali l'Autorità ritiene necessaria una rivalutazione rientrano i contenuti dell'art.14 del d.lgs. 33/2013 relativo agli obblighi di pubblicazione per i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali, nonché le disposizioni dell'art. 41 del d.lgs. n. 33/2013 relativo alla trasparenza del servizio sanitario nazionale.

Allo stato attuale nel permanere dell'incertezza normativa, la scelta prudenziale che opera l'Ente, con riferimento agli obblighi di pubblicazione per i dirigenti individuati dall'articolo 41, è quella di applicare strettamente la norma e pertanto i contenuti dell'articolo 15. Ciò anche in considerazione di quanto precisato da ANAC nel sopra citato atto di segnalazione nel quale si afferma che *"La discrasia riscontrata richiede comunque un intervento del legislatore per le notevoli criticità che ne scaturiscono in sede applicativa anche sotto il profilo della possibile violazione del codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 196 /2003). Il Garante per la protezione dei dati personali ha, infatti, in più occasioni rilevato che qualora gli enti del SSN si conformassero alle indicazioni dell'ANAC pubblicando sui propri siti i dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti in assenza di un'idonea base normativa, porrebbero in essere un'illecita diffusione di dati personali e sarebbero perciò destinatari dei provvedimenti sanzionatori e inibitori del Garante"*. Si resta pertanto in attesa di un intervento normativo che risolva questo difetto di coordinamento tra le due disposizioni.

17 Misure di informatizzazione a servizio della trasparenza

Nell'ambito delle attività finalizzate all'implementazione dei contenuti della sezione Amministrazione Trasparente dovranno essere individuate azioni di sviluppo di nuovi servizi informatici necessari a garantire l'assolvimento dei nuovi obblighi di pubblicazione. A fronte del perdurare delle criticità già evidenziate nel precedente PTPCT 2017-2019 e

riscontrate nell'estrazione di dati e documenti e nell'integrazione dei sistemi, si ribadisce che è indispensabile provvedere alla riprogettazione, sviluppo ed implementazione di un'ideale 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. Si renderà necessario progettare un sistema che interfacci e integri tra loro le diverse banche dati, in maniera tale da garantire la certezza del dato e la tempestività della pubblicazione.

Per l'anno 2018 dovrà necessariamente essere messo in produzione da parte dei Sistemi Informativi uno strumento per effettuare il monitoraggio completo su tutti i contenuti relativi pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente". Allo stesso modo dovrà mettersi in produzione un sistema di profilazione degli utenti tramite interfaccia di gestione che riconosca le funzionalità all'utente secondo il profilo di appartenenza e in conformità con i differenti ambiti di responsabilità.

Si renderà necessario progettare un sistema che interfacci e integri tra loro le diverse banche dati, in maniera tale da garantire la certezza del dato e la tempestività della pubblicazione.

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

L'articolo 43 del decreto legislativo n.33/2013 attribuisce all'RPCT il compito di svolgere "stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Al fine di ottemperare puntualmente e correttamente alla disposizione di legge l'RPCT dell'Istituto provvede in materia di pubblicazione, a monitoraggi a cadenza almeno semestrale, avvalendosi del supporto dei referenti per la trasparenza individuati.

L'RPCT conduce le verifiche ed i monitoraggi con il necessario supporto dei referenti ed i dirigenti responsabili degli adempimenti delle pubblicazioni in trasparenza. Gli ambiti di verifica riguardano il rispetto dei tempi di pubblicazione previsti per i singoli obblighi ed i relativi aggiornamenti, la coerenza e completezza dei contenuti, ed il rispetto dei formati, la qualità dei dati, dei documenti e delle informazioni pubblicate.

Per l'anno 2018 sono previsti tre monitoraggi; il primo è calendarizzato per il 30.04.2018, il secondo per il 30.09.2018 ed il terzo per il 31.12.2018.

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 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 dovrà essere messo a disposizione dell'RPCT idoneo strumento informatico di monitoraggio.

Dell'esito dei controlli verrà dato riscontro formale a cura del RPCT ai dirigenti responsabili delle pubblicazioni, alla Direzione ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Annualmente, entro termine perentorio stabilito da ANAC e sulla scorta delle indicazioni fornite dalla medesima autorità in ordine all'individuazione dei singoli obblighi oggetto di verifica, il Nucleo di valutazione delle prestazioni rileva e attesta il livello di assolvimento degli obblighi di pubblicazione medesimi.

19 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 al fine di garantire un alto livello di trasparenza ritenuta misura fondamentale nella prevenzione della corruzione pubblica dati, informazioni e documenti la cui pubblicazione non è obbligatoriamente prevista 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).

Ad oggi la sottosezione è stata implementata, nella logica di intendere la trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, dei seguenti contenuti ulteriori:

| | |
|-----------------------|---|
| DATI ULTERIORI | Elenchi tirocinanti extracurricolari e delle borse di studio |
| | Attività di ricerca: <i>impact factor</i> della produzione scientifica, <i>know how</i> dell'attività di ricerca scientifica, rendicontazione economica dei progetti conclusi, accordi di ricerca |
| | Locazioni, contratti, accordi |
| | Censimento delle autovetture di servizio |
| | Sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario |
| | Contratti assicurativi |

L'Ufficio Relazioni con il pubblico cura la pubblicazione dei reclami dell'Istituto nelle pagine di competenza del sito istituzionale in forma anonimizzata. Per l'anno 2018 è prevista la pubblicazione dei succitati reclami nella sottosezione dei "Dati ulteriori".

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

20 Processo di adozione del Piano

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

Per l'elaborazione del presente Piano il RPCT si è avvalso del personale afferente all'U.O. Affari Generali e Legali e all'U.O. Progetti di ricerca.

Nel mese di gennaio 2018, al fine di aprire il procedimento di adozione del presente Piano 2018-2020 alla partecipazione di tutti gli interessati (dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti), sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER è stato pubblicato in consultazione il Piano 2017-2019.

In particolare, la consultazione è avvenuta dal 17 gennaio 2018 al 29 gennaio 2018, con pubblicazione dell'invito a dipendenti e *stakeholder* esterni a trasmettere osservazioni e proposte (all'indirizzo di posta affarigeneralilegali@izsler.it), in modo tale da poter adottare il Piano entro i termini di legge. Non sono pervenute proposte e suggerimenti.

Nella redazione del presente Piano si è tenuto conto delle informazioni acquisite dal RPCT nel corso di appositi incontri tenuti con tutti i dirigenti delle strutture complesse sanitarie e amministrative, ciò al fine di verificare le misure di prevenzione della corruzione attuate in ciascuna struttura in applicazione dei precedenti Piani e individuare eventuali problematiche a riguardo.

La proposta di Piano è stata trasmessa dal RPCT con comunicazione a mezzo posta elettronica il 25 gennaio 2018 ai tre direttori, ai membri del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai membri del Consiglio di Amministrazione e ai membri del Collegio dei revisori e le rispettive osservazioni sono state interamente recepite.

20.2 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.
