

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

PIANO TRIENNALE  
PREVENZIONE  
CORRUZIONE E  
TRASPARENZA

ANNO 2019-2021

## **PARTE I - QUADRO GENERALE** 4

<b>1</b>	<b>PREMESSA: FINALITÀ E STRUTTURA DEL PTPCT 2019-2021</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO</b>	<b>5</b>
	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
<b>3</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO</b>	<b>9</b>
	3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	9
	3.1.1 IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO	9
	3.1.2 CONTESTO DELL'ILLEGALITÀ NEL TERRITORIO	13
	3.1.3 ATTIVITÀ DI CONTRASTO SOCIALE E AMMINISTRATIVO	15
	3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	17
	3.2.1 FUNZIONI E COMPETENZE DELL'IZSLER	17
	3.2.2 IL RIORDINO ISTITUZIONALE E LA RIORGANIZZAZIONE INTERNA	20
	IL RIORDINO ISTITUZIONALE	20
	3.2.3 I CONTROLLI INTERNI ALL'ISTITUTO	25
	3.2.4 PERSONALE	28
<b>4</b>	<b>STRUTTURA DI RIFERIMENTO</b>	<b>28</b>
	4.1 GLI ATTORI DEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	28
	4.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E IL DIRETTORE GENERALE	29
	4.3 IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	30
	4.4 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	30
	4.5 STAFF DI SUPPORTO DIRETTO AL RPCT	33
	4.6 IL GRUPPO DI SUPPORTO	33
	4.7 I "REFERENTI PER L'ANTICORRUZIONE E LA TRASPARENZA"	35
	4.8 I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	36
	4.9 I DIPENDENTI	37
	4.10 I COLLABORATORI	37
	4.11 L'UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	37
	4.12 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	38
	4.13 CONTRASTO AI FENOMENI DI RICICLAGGIO E GESTIONE DELLE OPERAZIONI SOSPETTE	38
<b>5</b>	<b>LE RESPONSABILITÀ</b>	<b>38</b>
	5.1 LA RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE, DISCIPLINARE E AMMINISTRATIVA DEL RPCT	38
	5.2 LA RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI	39
	5.3 LA RESPONSABILITÀ DEI DIPENDENTI PER VIOLAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE	39

## **PARTE II - PROGRAMMAZIONE** 41

<b>6</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA PER IL TRIENNIO 2019-2021</b>	<b>41</b>
	6.1 IL PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE	42
	6.2 IL PIANO FORMATIVO	42
<b>7</b>	<b>INDIVIDUAZIONE DELLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE</b>	<b>43</b>
	7.1 AREE A RISCHIO GENERALI	43

7.2 AREE A RISCHIO SPECIFICHE	47
7.2.1 PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITÀ SANITARIA PUBBLICA	48
7.2.2 FORNITURA DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	49
7.2.3 ATTIVITÀ DI RICERCA E SPERIMENTAZIONE, DI SFRUTTAMENTO DEI RELATIVI RISULTATI E ALTRE TECNOLOGIE	50
<b>8 MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>52</b>
8.1 TRASPARENZA	52
8.2 CODICE DI COMPORTAMENTO	52
8.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE	53
8.4 CONFLITTO DI INTERESSI	55
<b>8.5 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI</b>	<b>59</b>
8.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI	62
8.7 ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	63
8.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA	64
8.9 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER	65
8.10 FORMAZIONE DEL PERSONALE	66
8.11 PATTI DI INTEGRITÀ	67
8.12 MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI	67
8.13 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI AMMINISTRAZIONE-SOGGETTI CON CUI SONO STATI STIPULATI CONTRATTI	68
8.14 SISTEMA DI VIGILANZA SU SOCIETÀ E ENTI VIGILATI E CONTROLLATI	68
<b>9 RELAZIONE ANNUALE 2018</b>	<b>73</b>
<b><u>PARTE IV- PIANIFICAZIONE TRIENNIO 2019-2021</u></b>	<b><u>74</u></b>
<b>10 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO - METODOLOGIA</b>	<b>74</b>
10.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI	74
10.2 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	75
10.2.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	75
10.2.2 ANALISI DEL RISCHIO	76
10.2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO	77
10.3 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE	77
<b>11 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO IN IZSLER</b>	<b>78</b>
<b>12 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE ANNI 2019-2021</b>	<b>80</b>
12.1 OBIETTIVI E DESCRIZIONE DELLE MISURE	80
<b><u>PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA</u></b>	<b><u>82</u></b>
<b>13 PREMESSA</b>	<b>82</b>
<b>14 L'OBIETTIVO STRATEGICO IN MATERIA DI TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO</b>	<b>83</b>
14.1 PROMOZIONE DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: ADEMPIMENTI CONSEQUENTI ALLA PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO IN MATERIA DI ACCESSO E ACCESSO CIVICO	84

<b>14.2 PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DI CONTENUTI COERENTI RISPETTO AGLI OBBLIGHI E AI TERMINI DELL'AGGIORNAMENTO</b>	<b>86</b>
<b>14.3 SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE DI IDONEE SOLUZIONI INFORMATICHE A SUPPORTO DELLE PUBBLICAZIONI NELLA SEZIONE DEL SITO "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE": IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE PUBBLICAZIONI E IL SISTEMA DI PROFILAZIONE DEGLI UTENTI.</b>	<b>86</b>
<b>15 LA DEFINIZIONE DELLA GOVERNANCE PER GARANTIRE L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO". MISURE ORGANIZZATIVE.</b>	<b>88</b>
<b>16 IL MODELLO DI GOVERNANCE PER L'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA: COMPITI E RESPONSABILITÀ</b>	<b>88</b>
<b>17 LA MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DELLE RESPONSABILITÀ</b>	<b>91</b>
<b>18 MISURE DI INFORMATIZZAZIONE A SERVIZIO DELLA TRASPARENZA</b>	<b>94</b>
<b>19 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLI SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA</b>	<b>94</b>
<b>20 DATI ULTERIORI</b>	<b>95</b>

## **PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI** **96**

<b>21 PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO</b>	<b>96</b>
<b>21.1 DESCRIZIONE DELL'ITER SEGUITO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO</b>	<b>96</b>
<b>21.2 COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE</b>	<b>96</b>

### **ALLEGATI:**

#### **- ALLEGATO A**

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 B**

PROCESSI AMMINISTRATIVI DELL'IZSLER RELATIVI ALLE AREE A RISCHIO, GENERALI E SPECIFICHE, CON LE RISPETTIVE MISURE DI CONTRASTO

#### **- ALLEGATO C**

PROCESSI SANITARI DELL'IZSLER RELATIVI ALLE AREE A RISCHIO, GENERALI E SPECIFICHE, CON LE RISPETTIVE MISURE DI CONTRASTO

#### **- ALLEGATO D**

RELAZIONE ANNUALE 2018 DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

#### **- ALLEGATO E**

MISURE GENERALI E/O OBBLIGATORIE PROGRAMMATE PER L'ANNO 2019

#### **ALLEGATO F**

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

#### **- ALLEGATO G**

CODICE DI COMPORTAMENTO

## PARTE I - QUADRO GENERALE

### 1 Premessa: finalità e struttura del PTPCT 2019-2021

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021 (d'ora in avanti "PTPCT" o anche semplicemente "Piano") prosegue il percorso avviato negli scorsi anni dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna "*Bruno Ubertini*" (di seguito anche "*IZSLER*" o "*Istituto*") di contrasto alla "*cattiva amministrazione*".

Il concetto di "*cattiva amministrazione*" che il Piano intende contrastare 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 comprende situazioni più ampie delle fattispecie di "*reati corruttivi*" 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 PTPCT costituisce il principale strumento organizzativo attraverso il quale l'Istituto individua processi e procedure, per ridurre e contenere il rischio corruttivo e promuove iniziative atte ad ingenerare un cambiamento culturale al proprio interno, tramite la diffusione dei principi di integrità e buona amministrazione a tutti i livelli aziendali. Quale documento dinamico, il Piano viene aggiornato annualmente, tenendo conto degli esiti del monitoraggio sulla sua corretta attuazione.

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 deve coordinarsi con gli altri documenti programmatici - in particolare, col Piano della 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, di cui al comma 16 dell'art. 1 della medesima legge<sup>1</sup>, e 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*"<sup>2</sup>;
- 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

<sup>1</sup> "[...] 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".

<sup>2</sup> "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 della 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 2019-2021 tiene conto della nuova organizzazione aziendale.

## **2 Quadro normativo di riferimento**

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

La lotta alla corruzione basata esclusivamente sull'applicazione delle norme penali (metodo repressivo) ha ampiamente dimostrato la propria inadeguatezza laddove non accompagnata da interventi di carattere preventivo tesi a creare un contesto culturale che qualifichi con disvalore qualsivoglia comportamento contrastante le regole di buona amministrazione.

La Convenzione delle Nazioni Unite di Merida contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4 e firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, risponde proprio a tale esigenza. Essa consta di due parti: una tesa a rafforzare l'azione penale-repressiva e l'altra volta a potenziare quella preventiva. L'art. 5 prevede che ciascuno Stato debba elaborare *"delle politiche di prevenzione della corruzione efficaci e coordinate che favoriscano la partecipazione della società e rispecchino i principi di stato di diritto, di buona gestione degli affari pubblici e dei beni pubblici, d'integrità, di trasparenza e di responsabilità"*.

Il Legislatore italiano ha dato applicazione a detta disposizione con la già citata legge n.190/2012 (c.d. legge Severino) la quale rappresenta la principale fonte normativa nazionale in materia di prevenzione della corruzione. Essa, conformemente alla Convenzione di Merida, ha fortemente innovato il nostro ordinamento attraverso l'introduzione di un sistema preventivo di lotta alla corruzione.

Ai sensi della legge n.190/2012, le strategie da mettere in atto si pongono su due livelli strettamente correlati tra loro:

- a livello nazionale, con i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) 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, qualificandosi come atto di indirizzo e di supporto per le pubbliche amministrazioni, 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 nazionale, sulla base dello specifico contesto organizzativo e 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 provvedimenti 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”*;
- ❖ il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 *“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del 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)*, il quale incide trasversalmente sulla disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nella misura in cui detta specifici obblighi in tema di pubblicazione e trattamento dei dati;

- ❖ legge 9 gennaio 2019, n. 3 “*Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e dei movimenti politici*” (c.d. L. “spazza-corrotti”).

## **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 secondo 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, e, in via definitiva, l'aggiornamento 2018 al PNA, con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018.

Nell'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 2016-2018. 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 ed aggiornamento, con i provvedimenti n.7/2017 e n.14/2017 del Consiglio di Amministrazione.

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 29 gennaio 2018 è stato adottato il PTPCT 2018-2020, avente tra gli allegati la relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) relativa all'anno 2017, pubblicata altresì nella apposita pagina della sezione Amministrazione Trasparente dell'IZSLER.

## **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 ed 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 ed 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* ed il monitoraggio del sistema.

Lo *standard* ISO individua i principi guida, riportati nell'allegato 6 del PNA 2013, da seguire per attuare un efficace sistema di gestione del rischio. Tra essi, rientrano i seguenti:

- ✓ **la gestione del rischio crea e protegge il valore.** L'implementazione di un adeguato sistema di prevenzione del rischio corruzione contribuisce al miglioramento degli obiettivi e delle *performance* organizzative ed individuali dell'IZSLER e dei suoi addetti, con conseguenti ricadute positive in termini di reputazione, consenso dell'opinione pubblica e dell'utenza;
- ✓ **la gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.** Il processo di gestione del rischio corruzione è parte integrante dei processi amministrativi e sanitari dell'IZSLER, compresa la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione e di cambiamento;
- ✓ **la gestione del rischio è parte del processo decisionale.** 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 tratta esplicitamente l'incertezza.** La definizione di rischio fa riferimento all'effetto dell'incertezza sulle attività o sugli obiettivi di un'organizzazione. Il processo di gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata nel contesto organizzativo. La gestione del rischio consente di fornire risposte efficaci e pertinenti al verificarsi di eventi che hanno un impatto negativo sul raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi dell'IZSLER;
- ✓ **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;
- ✓ **La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione**, tenendo conto, in particolare, della connessione di tale processo con tutti gli altri aspetti della propria organizzazione. Una efficace gestione del rischio ed una "*organizzazione per processi*" consentono di conoscere "*tutto ciò che l'ente fa*", "*chi lo fa*", "*con quali risorse*", "*in quanto tempo*" e di conseguenza permettono di intervenire tempestivamente per contrastare e risolvere ogni possibile "*incertezza*" o "*disfunzione*". L'IZSLER intende sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio corruzione.

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 ad 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 agli 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 ed 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**

Lo sviluppo di un'adeguata valutazione dell'ambito di riferimento esterno di operatività di un ente pubblico è indispensabile per meglio comprendere le dinamiche di contesto che possono implicare un'esposizione al rischio corruttivo.

L'analisi del contesto esterno è stata elaborata sulla base di quanto illustrato nei Piani precedenti, 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 Il territorio di riferimento**

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, Piacenza, 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 km<sup>2</sup> 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 01/01/2018 (ISTAT), sono i seguenti:

Regione	Popolazione residente	Superficie km2	Densità abitanti	Numero comuni	Numero province
Lombardia	10.036.258	23.863,65	421	1.516	12
Emilia-Romagna	4.452.629	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, nonché una delle aree più industrializzate dell'intero panorama europeo. Il capoluogo, Milano, rappresenta il principale centro economico e finanziario d'Italia: considerando l'agglomerato urbano, è la città con più abitanti (5.290.000) ed è anche quella più industrializzata; a livello di Città Metropolitana, con i suoi 3.234.658 abitanti, risulta essere seconda solo alla Città Metropolitana di Roma Capitale. Se la popolazione residente in Italia è in diminuzione, al contrario in Lombardia la popolazione è in costante crescita.

La struttura produttiva ed imprenditoriale risulta essere una delle più solide nel panorama nazionale ed europeo: dall'esame della produzione industriale lombarda (sulla base dei dati Eurostat, 2° trimestre 2018), parametrata con i dati generali dell'Italia e dell'Area Euro, si evince come la Lombardia segua da vicino i Paesi più floridi dell'Euro-zona (Francia e Germania), a differenza del restante contesto italiano, tanto da essere ormai tornata a valori produttivi pre-crisi.

Nel 2018 la produzione industriale lombarda aumenta a livello tendenziale del 3,4%, quasi in linea con la crescita del 2017 (+3,7%), nonostante il dato congiunturale del terzo trimestre segni una lieve diminuzione (-0,4%). Positivo è il dato relativo all'artigianato (+0,1%)<sup>3</sup>. Positivo, inoltre, risulta essere il mercato del lavoro, in costante aumento dal 2012 (tasso di occupazione salito al 67,3% nel 2017, con una crescita del 1,1% rispetto al 2016<sup>4</sup>). Il tasso di disoccupazione rappresenta la metà rispetto al valore segnato dalla media nazionale.

Il fatturato corrente per l'industria cresce su base annua nonostante un leggero rallentamento (+5,1% la media dei primi tre trimestri), anche rispetto al trimestre precedente (+0,4%)<sup>5</sup>. L'economia può vantare una domanda florida, tanto a livello nazionale quanto a livello estero, ambito nel quale, già dal 2017, si segna un'importante accelerazione. Segnali incoraggianti si individuano anche sul fronte delle opere pubbliche, il cui valore nei bandi sale del 24%, con un consolidamento nel corso del 2017 della fase espansiva avviata nel 2014.

Anche il fronte agro-alimentare rappresenta il più importante a livello italiano e uno dei più rilevanti nel contesto europeo: lo dimostrano i dati dell'Istituto di Economia e Agraria (INEA), i quali certificano la posizione della Lombardia come prima Regione agricola d'Italia. 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

<sup>3</sup> Dati Prometeia, 6 febbraio 2018.

<sup>4</sup> Dati riportati nel “Rapporto Economie regionali, L'economia della Lombardia, 2018” redatto da Banca d'Italia.

<sup>5</sup> Comunicato stampa, 6 novembre 2018 Unione Camere Lombardia, disposto con la collaborazione di Confindustria Lombardia, Regione Lombardia, Confartigianato, CNA, Casartigiani e CLAAI.

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.

Nel 2017 il PIL lombardo è aumentato del 1,8% raggiungendo quota 37.258 euro pro capite, e del 5,1% nell'ultimo quadriennio. La percentuale delle famiglie lombarde residenti che vivono al di sotto della soglia di "*povertà relativa*" è molto inferiore rispetto al dato raggiunto a livello nazionale e, nel 2016, si attesta al 5%, contro la media nazionale del 10,6%.

Le elaborazioni di Assolombarda evidenziano che, dal 2014 al 2017, la *performance* della Regione è seconda solo a quella dell'Emilia-Romagna (+5,5%), migliore delle confinanti Veneto (+4,5%) e Piemonte (+2,3%) e sopra la media italiana (+3,6%). Si stima un ulteriore aumento del PIL nel corso del 2018 (dell'1,3%).

La **Regione Emilia-Romagna** rappresenta, nel panorama italiano, una delle più estese dal punto di vista territoriale, nonché più popolate e l'unica Regione con più città sopra i 150.000 abitanti (ben cinque). È una delle Regioni con il più alto livello di competitività imprenditoriale (con un'impresa ogni 10,8 abitanti nel 2016<sup>6</sup>), grazie ad un sistema economico e produttivo focalizzato sui mercati internazionali.

Come evidenziato dall'analisi che introduce il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) 2018, così come aggiornato nell'ottobre 2018, l'economia emiliano-romagnola ha realizzato, negli ultimi anni, *performance* macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali.<sup>7</sup> Nel 2018, l'Emilia-Romagna si è confermata seconda miglior Regione a livello di crescita, in coda solo alla Lombardia, con un ritmo di sviluppo che dal 2019 risulterà essere allineato con quello della Francia<sup>8</sup>. In questo contesto, nonostante le recenti stime di Prometeia, risalenti a luglio, rivedano al ribasso la crescita del PIL regionale, dall'1,8% di aprile all'1,4%, lo scenario economico e produttivo dell'Emilia-Romagna rimane molto positivo, trainato dal dato delle esportazioni che nel primo semestre del 2018 hanno fatto segnare un incremento di quasi il 6% rispetto all'anno precedente, crescendo per l'ottavo anno consecutivo. Per il saldo della bilancia commerciale (differenza fra esportazioni ed importazioni), l'Emilia-Romagna si conferma la prima Regione italiana con un attivo di 13,4 miliardi di euro nel primo semestre 2018.

Sul fronte occupazionale si segnalano dati positivi. Le più recenti analisi Istat mostrano una crescita di 44.500 nuovi posti di lavoro nel secondo trimestre del 2018 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (+2,2%). Il tasso di occupazione è arrivato a toccare il 70,5%, dato più elevato fra le Regioni italiane, superando il risultato pre-crisi del 2008 (70,4%). Il tasso di disoccupazione nel secondo trimestre del 2018 è sceso al 5,9%.

Per quanto concerne il sistema agro-alimentare, 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. Tale dato ha caratterizzato anche il 2017, anno nel quale si è segnata una forte riduzione delle imprese agricole attive sul territorio regionale (-2,1% rispetto al 2016), nonostante vi sia stato un aumento degli occupati agricoli (nel 2016 gli occupati agricoli sono aumentati del 15,6% e nei primi nove mesi del 2017 del 6,0% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, a fronte di un incremento del totale degli occupati dello 0,8%)<sup>9</sup>. Il valore della produzione lorda dell'agricoltura ha fatto registrare un nuovo aumento di circa il 3%, concentrato soprattutto fra le produzioni zootecniche.

<sup>6</sup> Fonte Movimprese 2016.

<sup>7</sup> Dati Prometeia, 6 febbraio 2018.

<sup>8</sup> Dati riportati nell'edizione di luglio degli "*Scenari per le economie locali*" di Prometeia, analizzati da Unionecamere Emilia-Romagna.

<sup>9</sup> Rapporto 2017 sull'economia regionale a cura di Unionecamere Emilia Romagna e Regione Emilia Romagna.

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.

<b>CAPI LOMBARDIA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017*</b>	<b>2018**</b>
Bovini e bufalini	1.509.262	1.506.106	1.484.797	1.518.159	1.524.554
Ovini e caprini	208.088	200.391	211.995	212.271	204.047
Suini	4.344.570	4.366.865	4.013.925	4.305.658	4.358.644
Avicoli	29.356.912	25.971.756	26.415.486	24.849.301	23.014.787
Equini	58.239	58.769	61.595	62.100	60.739

\*Fonte Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) per bovini, ovini, caprini e suini - BDR per avicoli ed equini al 31/12/2017

\*\*Fonte Dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini - BDR per avicoli e equini al 30/11/2018

<b>CAPI EMILIA- ROMAGNA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016<sup>1</sup></b>	<b>2017<sup>2</sup></b>	<b>2018<sup>3</sup></b>
Bovini e bufalini	564.913	559.480	563.409	569.811	566.002
Ovini e caprini	80.395	76.435	76.330	82.193	81.154
Suini	1.107.133	1.083.661	953.267	999.627	1.002.186
Avicoli (*)	35.000.000	38.402.210	40.832.642	39.531.001	41.219.454
Equini (*)	36.646	36.681	36.681	37.000	35.000

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

<sup>1</sup>Fonte dati EMR: dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini -BDR per avicoli ed equini al 31/10/2016

<sup>2</sup>Fonte dati EMR: dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini -BDR per avicoli ed equini al 31/12/2017

<sup>3</sup>Fonte dati EMR: dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini -BDR per avicoli ed equini al 31/10/2018 -dato stimato da capacità produttiva in BDN

<b>ALLEVAMENTI LOMBARDIA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017*</b>	<b>2018**</b>
Bovini e bufalini	19.830	19.531	18.995	18.581	17.773
Ovini e caprini	10.787	13.721	14.264	14.162	13.780
Suini	8.748	8.730	8.800	8.918	8.569
Avicoli	3.937	3.030	3.117	3.170	3.195
Equidi	17.282	18.022	19.034	19.121	19.406

BDN per bovini, bufalini, ovicaprini e suini (31/10/2016)

\*Fonte dati EMR: dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini -BDR per avicoli ed equini al 31/12/2017

\*\* Fonte dati EMR: dati BDN per bovini, ovini, caprini e suini -BDR per avicoli ed equini al 31/11/2018

<b>ALLEVAMENTI EMILIA - ROMAGNA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Bovini e bufalini	7.130	6.964	6.816	6.465	6.266
Ovini e caprini	4.108	4.203	4.304	4.272	4.120
Suini	4.757	4.224	3.994	3.906	3.634
Avicoli*	832	840	1.136	1.229	1.187
Equini*	9.971	10.185	10.377	10.577	10.525

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

<b>MACELLAZIONI LOMBARDIA</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Bovini e bufalini	577.062	548.774	605.260	640.087	615.659
Ovini e caprini	48.993	48.183	43.043	49.011	*

Suini	4.342.123	4.304.199	4.156.863	4.216.532	4.212.589
Avicoli	62.913.661	55.359.869	58.746.572	59.729.209	58.539.756
Equini	3.343	3.043	2.975	2.856	*

U.O Veterinaria regione Lombardia e Sistema Informativo Servizio Veterinario (SIV) – aggiornamento 31/12/2017

\* dati non disponibili

MACELLAZIONI EMILIA- ROMAGNA	2013	2014	2015	2016	2017
Bovini e bufalini	450.061	414.701	369.390	303.456	331.259
Ovini e caprini	28.650	15.022	15.774	18.201	18.349
Suini	2.973.254	3.300.923	3.349.102	3.794.818	4.016.267
Avicoli	100.700.390	105.861.669	109.316.110	109.707.102	104.322.319
Equini	7.138	7.152	6.629	6.532	6.193

BDN AL 31.10.2017

STABILIMENTI LOMBARDIA (Impianti di trasformazione alimenti)	2013	2014	2015	2016	2017
Riconosciuti Reg. CE 853/04	2.739	2.690	2.529	2.684	2.605
Registrati	61.581	60.314	64.865	66.379	68.646

BDN AL 31.10.2017

STABILIMENTI EMILIA-ROMAGNA	2014	2015	2016*	2017**	2018***
Bovini e bufalini	7.130	6.964	6.816	6.465	6.266
Ovini e caprini	4.108	4.203	4.304	4.272	4.120
Suini	4.757	4.224	3.994	3.906	3.634
Avicoli	832	840	1.136	1.229	1.187
Equidi	9.971	10.185	10.377	10.577	10.525

\*Fonte dati EMR: dati BDN al 31/10/2016 – dato stimato da capacità produttiva in BDN

\*\* Fonte dati EMR: dati BDN al 31/12/2017 – dato stimato da capacità produttiva in BDN

\*\*\* Fonte dati EMR: dati BDN al 31/10/2018 – dato stimato da capacità produttiva in BDN

### 3.1.2 Contesto dell'illegalità nel territorio

La **Regione Lombardia** 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 ed 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, utilizzando modalità di azione che appaiono connesse ad un'opera di inquinamento del tessuto economico locale, spesso favorito dall'azione di imprenditori, professionisti e rappresentanti della pubblica amministrazione collusi con le organizzazioni mafiose. Come emerso dal *"Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia, 2018"*, elaborato dall'Osservatorio sulla criminalità organizzata (in collaborazione con *Polis Lombardia*), il fenomeno mafioso non risparmia nessun territorio della Regione, radicandosi attivamente in diverse Province, a partire da quella di Milano, per poi interessare, tra le altre e con notevole preoccupazione, quelle di Bergamo e Brescia.

La Lombardia si qualifica come la Regione con la più alta percentuale di operazioni

finanziarie sospette (19,81%) seguita solo da Campania, Lazio ed Emilia-Romagna (8,32%)<sup>10</sup>: ciò è comprensibile (e lo stesso dicasi per la Regione Emilia-Romagna) se si considera la maggiore attenzione dei *clan* riservata a questo contesto geografico in relazione alle più ampie e plurime opportunità economiche offerte dal territorio.

La Lombardia risulta, inoltre, la quarta Regione per beni immobili sequestrati e confiscati alla mafia<sup>11</sup>, dopo solo a Campania, Sicilia e Calabria. La mappatura dello stato del sequestro e della confisca di immobili in Lombardia dà conto di come le organizzazioni criminali si siano strutturate sul territorio, evidenziando, nondimeno, l'elevata presenza di criminali stranieri, provenienti dall'Est Europa, Sud America e Nord Africa, colpevoli principalmente di spaccio e narcotraffico. La Lombardia è meta di consistenti flussi migratori<sup>12</sup>, essendo caratterizzata da un considerevole tessuto economico-produttivo e rappresentando la maggiore piazza finanziaria nazionale. Le fonti ANBSC dimostrano come i beni confiscati alla criminalità organizzata sul territorio lombardo risultino essere in aumento.

La realtà lombarda appare in molti casi vulnerabile rispetto alle ingerenze esterne, con casi di corruzione, concussione ed 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.

La **Regione Emilia-Romagna**, presentando un sistema economico dinamico, risulta polo attrattivo per la criminalità organizzata, soprattutto per quella di tipo mafioso proveniente dal Sud Italia, tanto che nel secondo semestre del 2017 l'Emilia-Romagna è stata la quarta Regione italiana per interdittive antimafia alle imprese, con 29 provvedimenti emessi dalle Prefetture e 57 in relazione all'interna annualità<sup>13</sup>. Si stima che l'8% del fatturato dell'*Ndrangheta* provenga proprio dai traffici che hanno luogo in Emilia-Romagna. Nel 2018 ben 95 sono state le aziende confiscate alla mafia<sup>14</sup>.

Il tessuto economico e sociale viene compromesso dall'immissione di capitali di illecita provenienza, attraverso l'acquisizione di proprietà immobiliari e di attività commerciali. L'articolata rete di relazioni impostata dalle associazioni criminali – in particolare dalla *'Ndrangheta* – riguarda esponenti dell'imprenditoria e anche funzionari infedeli della Pubblica amministrazione. Lo conferma il dato riportato da Banca d'Italia, alla luce del quale nel primo semestre del 2017 in Emilia-Romagna vi è stato un aumento rispetto al 2015 (552 in più) di segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio di denaro sporco (per un totale di 3.250).

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

L'Emilia-Romagna si caratterizza, inoltre, per essere la prima regione del Nord per episodi di intimidazioni mafiose nei confronti di amministratori: nel 2016, secondo il *dossier* realizzato da Avviso Pubblico, intitolato "*Amministratori sotto tiro*", l'Emilia-Romagna è la Regione del Centro Nord in cui si è registrato il maggior numero di casi di intimidazione di questa tipologia (19, uno in più della Lombardia), con un aumento considerevole rispetto al 2015.

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. Lo stesso dicasi per il 2018, anno nel quale sono aumentate del 58% le notizie di reato nel comparto

<sup>10</sup> Relazione semestrale DIA al Parlamento, 2° Semestre 2017 (elaborazione sui dati comunicati dagli UTG all'OCAP).

<sup>11</sup> Dati riportati dall' Agenzia Nazionale per i Beni Sequestrati e Confiscati alla Criminalità Organizzata e aggiornati al 10/12/2018.

<sup>12</sup> In questo senso la "*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

<sup>13</sup> Relazione semestrale DIA al Parlamento, 2° Semestre 2017 (elaborazione sui dati comunicati dagli UTG all'OCAP).

<sup>14</sup> Dati ANBSC, aggiornati al 10/12/2018.

agroalimentare<sup>15</sup>. Dal “*Rapporto Agromafie e capolarato 2018*”, elaborato da Flai Cgil (su dati Istat, Crea, Corte dei Conti e Commissione Parlamentare Antimafia) si evince come le principali attività delle agromafie siano costituite dallo sfruttamento e dall’intermediazione illecita di manodopera, dall’import/export di prodotti agroalimentari contraffatti, da frodi all’Unione Europea, da riciclaggio ed estorsioni e dall’infiltrazione nella logistica e nel settore dei servizi alle imprese.

Considerata la gravità di tale fenomeno, già il precedente Governo, con apposito Disegno di Legge, aveva avviato l’*iter* di riforma di tutela penale degli alimenti, allo scopo ultimo di rafforzare la tutela della salute dei consumatori e di promuovere la massima legalità nella filiera del cibo.

### **3.1.3 Attività di contrasto sociale e amministrativo**

Di seguito si riportano alcune misure ed iniziative di contrasto ai 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 ed 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 e 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 di 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), di analisi dei dati e 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 europea.

Da segnalare è anche l’istituzione, con Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13, dell’Organismo regionale per le attività di controllo (ORAC): tale organismo, costituito presso la Giunta regionale, ha importanti compiti in tema di vigilanza in materia di contratti pubblici, di verifica dei sistemi di controllo interno, nonché di supporto nell’attuazione e nell’aggiornamento dei piani di prevenzione della corruzione per la Giunta regionale e gli

<sup>15</sup> In questo senso Coldiretti, che ha elaborato il dato sulla base dei risultati operativi sui circa 25mila controlli effettuati dall’Ispettorato centrale repressione frodi nei primi otto mesi dell’anno 2018.

enti del sistema regionale. Tuttavia, non è chiaro se la succitata legge possa trovare applicazione all'IZSLER, stante il fatto che il nuovo organismo è deputato a verificare il corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta Regionale e degli enti del sistema regionale di cui agli allegati A 1 e A 2 della legge regionale 27 dicembre 2006, n.30, tra i quali non figura l'Istituto.

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 ed 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<sup>16</sup>.

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 trasparenza<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Il primo piano integrato per l'anno 2017 è stato approvato con D.G.R. n. 711 del 31 maggio 2017. Detto Piano 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.

Con deliberazione della Giunta Regionale 9 aprile 2018, n. 493 la Regione ha approvato il Piano Integrato per l'anno 2018.

<sup>17</sup> 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 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*

La Regione Emilia-Romagna ha altresì istituito, presso il Servizio Amministrazione del SSR della Regione, il “*Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR*”, composto da tutti i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende e degli Enti del SSR. Questa iniziativa, che vede la Regione assumere un ruolo primario e concreto nelle politiche anti-corruzione, è stata qualificata da ANAC (delibera n. 840/2018) come un notevole esempio di buona prassi amministrativa.

Con delibera N. 96 del 29/01/2018 la Regione Emilia-Romagna ha approvato, infine, lo schema tipo di Codice di Comportamento per il personale operante presso le aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna. Di tale schema, sebbene prima della sua formale approvazione da parte della Giunta regionale, l'IZSLER ha tenuto conto per la redazione del proprio Codice di Comportamento approvato a fine 2017.

### **3.2 Analisi del contesto interno**

L'analisi del contesto interno è utile ad evidenziare il sistema delle responsabilità ed 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 veterinaria<sup>18</sup>. L'IZSLER opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo, in tal modo, 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. In particolare, all'IZSLER sono affidate le seguenti funzioni istituzionali:

- erogazione del servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- supporto tecnico-scientifico ed 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 ed 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 mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle

---

*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”.*

<sup>18</sup> Cfr. Piano della Performance 2017-2019 adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 20 febbraio 2017.

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 ed applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;
- consulenza ed 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, etc.). 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.

Tra i compiti istituzionali principali 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 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 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.

Tra le altre attività svolte dall’IZSLER figura la **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 separata<sup>19</sup>. Il Ministero della Salute può incaricare l’Istituto della preparazione e distribuzione di prodotti per la profilassi (sieri, vaccini, autovaccini, etc.).

Di recente l’Istituto 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.

L’Istituto è, altresì, sede di **Centri di Referenza Nazionali** (CdRN). Si tratta di 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, l’IZSLER è sede dei dodici CdRN di seguito elencati:

- Afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.1991)
- Tubercolosi da *M. Bovis* (DM 4.10.1999)

<sup>19</sup> 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.

- Leptosirosi (DM 4.10.1999)
- Clamidosi (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)

Presso l'IZSLER sono inoltre istituiti i seguenti **centri di riferimento regionali**:

<b>Lombardia</b>	<b>Emilia-Romagna</b>
CRR per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione e potenziale impiego bioterroristico	CRR per la conferma diagnostica di botulismo
CRR per la promozione e il coordinamento dei metodi alternativi	CRR Enternet per i patogeni enterici

Rilevanti sono le attività tecnico-scientifiche e di supporto svolte in ambito internazionale a favore di Unione Europea (UE), dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO). L'IZSLER è **Centro di Riferenza FAO per l'Afta Epizootica e Malattia Vescicolare**. Inoltre, è stato riconosciuto **Laboratorio di Riferenza 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 riferimento dell'OIE è un esperto riconosciuto a livello internazionale, in grado di fornire assistenza tecnico-scientifica e consulenza specialistica sulla sorveglianza e la profilassi della malattia di interesse del Laboratorio.

### **3.2.2 Il riordino istituzionale e la riorganizzazione interna**

#### **Il Riordino istituzionale**

Il decreto legislativo n.106/2012<sup>20</sup> ha disposto il riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, incaricando 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. L'art.12 del predetto decreto ha, altresì, disposto la revisione degli statuti degli I.ZZ.SS. da parte dei competenti organi.

Le Regioni Emilia-Romagna e Lombardia hanno 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. Successivamente la Regione Lombardia, d'intesa con la Regione Emilia-Romagna e con il Ministero della Salute - per le designazioni di rispettiva competenza - ha provveduto alla nomina dei nuovi organi.

Di seguito si riporta sinteticamente l'attuale assetto istituzionale dell'IZSLER con le principali

<sup>20</sup> Capo II - artt. 9-16.

funzioni di ciascun organo<sup>21</sup>:

ORGANI		
Consiglio di Amministrazione	Direttore Generale	Collegio dei Revisori dei Conti
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. Dura in carica quattro anni ed i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.	Ha la rappresentanza legale dell'Istituto, ne dirige le attività, compresa quella scientifica, ed è responsabile della gestione complessiva dell'Istituto stesso. L'incarico di Direttore Generale ha durata quadriennale e può essere rinnovato una sola volta. Il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario nominati dal direttore stesso.	Vigila sull'attività amministrativa e sull'osservanza delle leggi, verificando la regolare tenuta della contabilità. Dura in carica tre anni.
Il Consiglio di Amministrazione in carica è stato nominato con decreto del Presidente della Giunta della Regione Lombardia n.298 del 15 dicembre 2015 e si è insediato in data 12 gennaio 2016.	L'incarico di Direttore Generale è stato assunto dal Prof. Stefano Cinotti il 26 aprile 2016, a seguito del relativo provvedimento di nomina (deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n.4458 del 3 dicembre 2015). L'incarico è cessato in data 31 gennaio 2019 a seguito di dimissioni. Ai sensi dello Statuto dell'Ente e dell'art. 8, comma 8, della Legge di ratifica dell'intesa fra Regione Lombardia ed Emilia-Romagna (L. 24 luglio 2014, n.22), tale incarico viene svolto dal Direttore Sanitario quale Direttore Generale facente funzioni.	Il Collegio dei Revisori dei Conti è stato costituito con provvedimento del Presidente della Regione Lombardia n.299 del 15 dicembre 2015. Esso attualmente è pertanto in regime di <i>prorogatio</i> .

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.5 del 30 maggio 2016, così come disposto dal decreto legislativo n.106/2012 e dalla richiamata Intesa interregionale, l'IZSLER ha provveduto all'adozione del nuovo Statuto, entrato in vigore in data 18 luglio 2016.

Il processo di revisione dell'ordinamento interno dell'Ente è, quindi, proseguito con la presentazione da parte del Direttore Generale della proposta di 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

<sup>21</sup> 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.

- 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.

Nel corso del 2018, a seguito della pubblicazione di appositi avvisi e dell'espletamento delle relative procedure, sono stati conferiti gli incarichi di direzione delle restanti strutture complesse afferenti ai servizi sanitari, come di seguito indicate: Reparto Tecnologie Biologiche Applicate; Reparto Controllo Alimenti; Reparto Virologia; Reparto Produzioni e Controllo di Materiale Biologico; Sede territoriale di Lodi - Milano e Sede Territoriale Parma - Piacenza. Il Direttore Generale con decreto n.511 del 29.11.2018 ha, infine, conferito al Direttore Sanitario, per un periodo di sei mesi, la direzione *ad interim* della struttura complessa Gestione Centralizzata delle Richieste dell'Utenza.

Per quanto riguarda i servizi amministrativi e gli incarichi dirigenziali di natura professionale, la riorganizzazione deve trovare ancora completa attuazione. In particolare, nell'area amministrativa, dovranno, essere espletate nel corso del 2019 le procedure per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa Unità Operativa Gestione Servizi Strumentali e della struttura semplice Gestione Servizi Contabili.

All'interno dell'assetto istituzionale dell'Ente 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, sull'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;

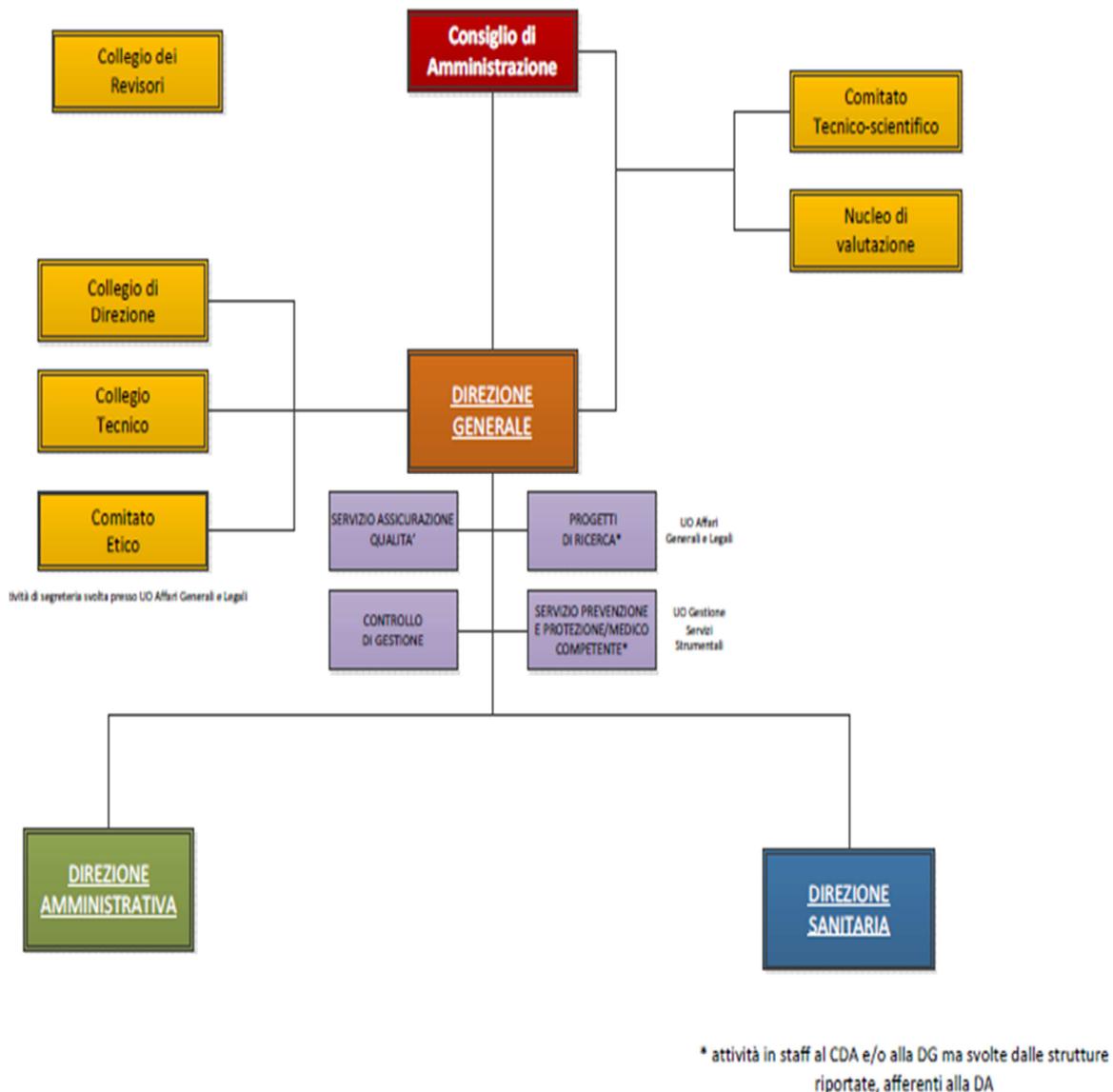
• **il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità,** la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.): ha assorbito le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del *mobbing* ed esplica le proprie 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 Scientifico per l'utilizzo degli animali a fini scientifici ed educativi,** verifica che le attività sperimentali per le quali è previsto l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette, in ottemperanza alle normative vigenti. Nello specifico il succitato comitato, il cui regolamento è stato da ultimo modificato con deliberazione del C.D.A. n. 10 del 13/09 /2018, 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;

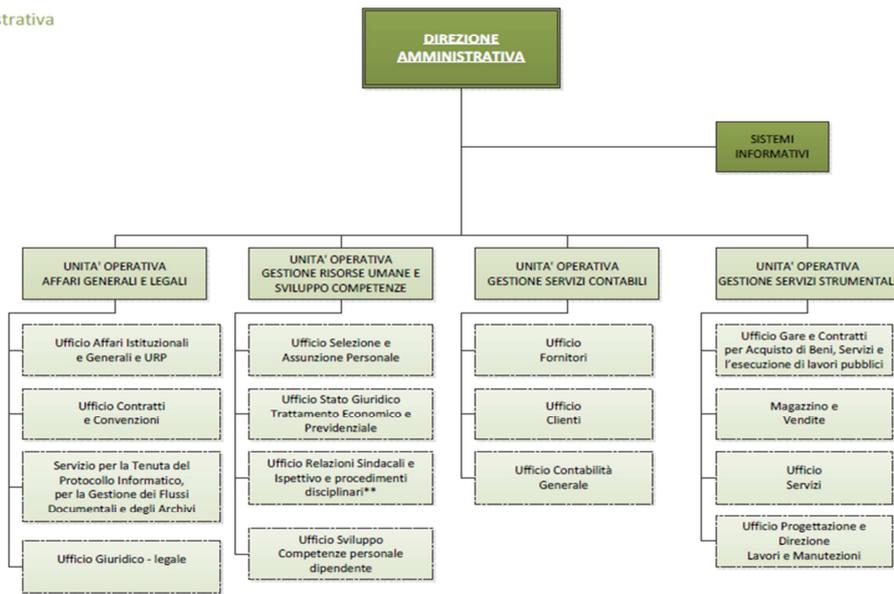
- il **Collegio Tecnico**: costituito ai sensi dell'art. 26 del C.C.N.L quadriennio 2002-2005. Si occupa della valutazione dei dirigenti aziendali. Il regolamento di funzionamento dello stesso è stato approvato con decreto del Direttore Generale n. 269 del 2016;
- Il **Collegio di Direzione**: composto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

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



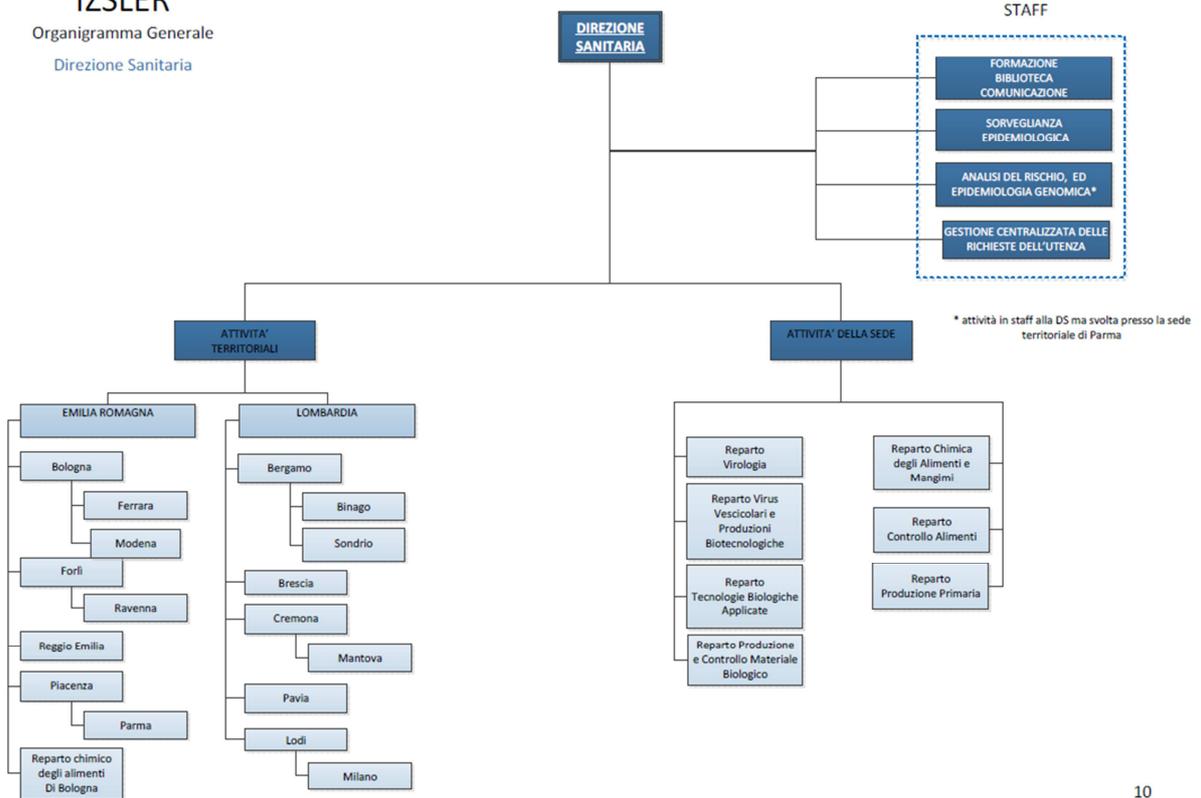
# IZSLER

Organigramma Generale  
Direzione Amministrativa



# IZSLER

Organigramma Generale  
Direzione Sanitaria



10

### **3.2.3 I controlli interni all'Istituto**

Il sistema dei controlli interni dell'IZSLER è costituito 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 meccanismo dei controlli nel suo complesso, individuando quattro fondamentali tipologie di controllo interno.

Nello specifico, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del 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 la 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 sull'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 Circolari della Ragioneria dello Stato n.20/2017 e n.35/2018, 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.

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'**UO Gestione Servizi Contabili** 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 ed 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 Giunte regionali della Lombardia e dell'Emilia-Romagna. Sono soggette a controllo - 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.

Tali atti vengono trasmessi alle due Giunte regionali per l'approvazione. Le medesime deliberazioni acquisiscono efficacia se approvate nei termini di legge<sup>22</sup> (quaranta giorni, decorrenti dal ricevimento dei provvedimenti trasmessi) ovvero in caso di silenzio delle amministrazioni regionali.

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 del Servizio Assicurazione Qualità - Ufficio Audit. 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. Il controllo sulla qualità dei processi aziendali rappresenta un passo centrale nella definizione di una politica di prevenzione della corruzione. Nello specifico, diviene fondamentale il controllo di qualità sostanziale delle attività di laboratorio. In questo settore, l'Istituto ha quindi deciso di perseguire l'obiettivo

<sup>22</sup> Legge regionale 24 luglio 2014, n. 22 recante "Ratifica dell'intesa fra la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna".

dell'accreditamento volontario secondo le norme internazionali per la competenza dei laboratori di prova. L'accreditamento presuppone la verifica della competenza tecnica del laboratorio e del suo sistema qualità. Il rispetto della normativa inerente il sistema di certificazione della qualità limita fortemente comportamenti non conformi alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione. Tale normativa impone, infatti, agli operatori di conformare la propria condotta a quanto indicato nelle procedure generali e garantisce una completa tracciabilità delle fasi inerenti la gestione dei campioni da analizzare, in modo da ridurre al minimo il verificarsi di eventi illeciti. La certificazione di qualità è indice di governo dell'intero processo, indicando rispetto a quest'ultimo, in maniera univoca le responsabilità, le procedure ed i controlli.

Al **Controllo di Gestione** compete la verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'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.

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

Sebbene l'attività del RPCT non possa mai avere come finalità l'accertamento di responsabilità, né lo svolgimento di controlli di legittimità, di regolarità amministrativa e/o contabile, un adeguato sistema di controlli risulta indispensabile per l'effettivo esercizio delle funzioni di RPCT e al fine di un efficace sistema di prevenzione della corruzione.

In applicazione del sistema dei controlli sopra sinteticamente riportato e di quanto previsto dal PTPCT 2018-2020, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo hanno provveduto nel corso dell'anno 2018 all'esecuzione di appositi *audit* semestrali per la verifica della corretta attuazione delle misure di prevenzione del rischio di corruzione da parte dei reparti e degli uffici. Gli esiti di tale attività di verifica sono stati trasmessi, a cura del RPCT, al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio dei Revisori dei Conti, per le valutazioni di rispettiva competenza.

Con particolare riferimento al programma aziendale per garantire la distinzione tra attività ufficiale e attività privatistica, nel corso del 2018, 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 2019 è stato previsto di innalzare il livello dei controlli al 50% delle strutture sanitarie.

Nel corso del 2019, al fine di semplificare l'attività di *audit* e rendere più accessibili i relativi esiti ed allo scopo ultimo di intervenire efficacemente e tempestivamente laddove emergano criticità e disfunzioni, è altresì indispensabile che il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, quali titolari della relativa funzione, con l'ausilio dei Sistemi Informativi e del Servizio Assicurazione Qualità - Ufficio Audit, definiscano ed adottino, per i settori di rispettiva competenza, sistemi di *reporting* chiari e fruibili. Tale intervento è particolarmente urgente per il settore amministrativo, ed all'interno di quest'ultimo, per l'area dei contratti pubblici. L'attuale reportistica, infatti, oltre ad essere disomogenea, risulta fortemente carente in termini di chiarezza ed intellegibilità.

Nel corso dell'anno 2019, per quanto riguarda l'area amministrativa, è utile che i controlli siano

indirizzati prioritariamente ai settori delle consulenze, delle attività extra-istituzionali, dei contratti pubblici, nonché delle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali.

### **3.2.4 Personale**

Si riportano di seguito i dati più significativi relativi al personale dell'IZSLER, al 31 dicembre 2018.

<b>AREA/ CATEGORIA</b>	<b>TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>TEMPO DETERMINATO</b>
COMPARTO - CATEGORIA A	2	0
COMPARTO - CATEGORIA B (B+Bs)	83	0
COMPARTO - CATEGORIA C	228	22
COMPARTO - CATEGORIA D (D + DS)	178	8
DIRIGENTI	121	1

### **Procedimenti disciplinari attivati nel corso dell'anno 2018**

Nel corso dell'anno 2018 sono state erogate dai Dirigenti responsabili dell'UO di afferenza dei dipendenti tre richiami verbali. Nel mese di dicembre è stato attivato un procedimento disciplinare destinato a concludersi nel 2019.

## **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 2016, richiamando 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: pur rimanendo il RPCT 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 preminente è comunque ricoperto dai dirigenti di struttura che – quali titolari del rischio – governano l'intero processo di gestione del rischio per le aree di rispettiva competenza, effettuando la mappatura completa dei processi, l'individuazione, la ponderazione e la valutazione del rischio corruzione, le misure di prevenzione (trattamento del rischio) ed assicurando la loro corretta applicazione e rendicontazione. I dirigenti sono inoltre tenuti ad osservare, a verificare e garantire il rispetto del Codice di Comportamento da parte di tutti i propri collaboratori. Questi ultimi devono osservare le misure contenute nel PTPCT, segnalare situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, ed eventuali illeciti di cui abbiano avuto conoscenza.

La vigente normativa attribuisce un ruolo importante anche ai soggetti esterni sia nella fase antecedente l'adozione del Piano, con le osservazioni degli *stakeholder* alla proposta del Piano in consultazione, sia nella fase esecutiva, in quanto i collaboratori a qualsiasi titolo della P.A. sono tenuti ad osservare le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento e possono segnalare eventuali illeciti al RPCT. E', tuttavia, esclusa categoricamente la partecipazione di soggetti esterni all'attività di elaborazione in senso stretto del PTPCT<sup>23</sup>: tale scelta risulta comprensibile se si considera che la predisposizione del PTPCT viene considerata un'attività che deve essere svolta

<sup>23</sup> art. 1, co. 8, l. 190/2012, come modificato dall'art. 41, co. 1, lett. g) del d.lgs. 97/2016.

unicamente da soggetti operanti all'interno dell'Ente, in quanto presuppone una conoscenza della struttura organizzativa, dei processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e dei profili di rischio coinvolti; nondimeno, comporta l'individuazione delle misure di prevenzione che più si adattano alla fisionomia dell'ente e dei singoli suoi uffici. Si tratta di adempimenti che non risultano essere delegabili per il tramite di affidamenti di incarichi di consulenza o gestibili mediante schemi o di altri supporti forniti da soggetti esterni, ma che, al contrario, richiedono il costante supporto di tutti i dirigenti e di coloro che a vario titolo sono responsabili dell'attività delle PA e degli enti.

Alla luce del delineato quadro normativo di riferimento, il RPCT 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 degli attori. 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.

#### **4.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale**

Ai sensi dell'art. 28, comma 2, del vigente Statuto *“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 allo stesso funzioni e poteri idonei per lo svolgimento del suo 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. Si tratta di un soggetto che opera con funzioni analoghe a quelle previste per gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), rivestendo un ruolo fondamentale nel sistema di gestione della *performance*. In merito alla sua composizione, ANAC con atto di segnalazione n. 1 del 24 gennaio 2018 approvato con delibera n. 63 del 24 gennaio 2018, riferendosi ad una precedente pronuncia della Corte dei Conti, sottolinea che *“occorre che sia comunque garantita l'indipendenza e la professionalità di chi è chiamato a farne parte”*.

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 ed alle risorse; propone all'organo deputato la valutazione dei dirigenti; promuove ed 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 della Performance siano coerenti con il PTPCT e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. Il Piano triennale ed il Piano della 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 del 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'UO Affari Generali e Legali e dell'Ufficio Progetti di Ricerca, ha assunto le funzioni di RPCT dell'IZSLER in data 12 dicembre 2016<sup>24</sup>.

Al fine di assicurare lo svolgimento delle funzioni di RPCT in condizioni di autonomia e indipendenza, 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*

---

<sup>24</sup> È utile ricordare che, ai sensi dell'art 1, co. 7, l. 190/2012, l'organo di indirizzo individua il RPCT, di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio.

*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".*

Il PNA 2018 ha dedicato una specifica sezione per esplicitare ruolo e funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il Legislatore, pur assegnando al RPCT un obiettivo generale ed omnicomprensivo consistente “*nella predisposizione e nella verifica della tenuta complessiva del sistema di prevenzione della corruzione*” dell'ente in cui opera, non declina espressamente e dettagliatamente i suoi compiti.

ANAC conferma il ruolo centrale del RPCT nella predisposizione del PTPCT, nel monitoraggio sulla verifica della sua attuazione e nel coordinamento dell'intero sistema di prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente.

Rimangono esclusi dal novero delle attribuzioni al RPCT compiti concernenti l'accertamento della responsabilità e la fondatezza delle segnalazioni aventi ad oggetto fatti potenzialmente illeciti. In tali ultimi casi, nel rispetto del principio generale di collaborazione tra uffici interni (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, organo di indirizzo politico, Ufficio Procedimenti Disciplinari, etc.) ed esterni all'amministrazione (Corte di Conti, Procura della Repubblica, Ufficiali di P.G., etc.) e ferma la non sovrapposibilità dei ruoli che la legge attribuisce ad ognuno di questi, il RPCT dovrà rivolgersi agli organi competenti in base alle specifiche spettanze e, conseguentemente, non potrà svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile degli atti stessi, pena il rischio di esorbitare dalle proprie competenze sconfinando nelle attribuzioni di organi altri. In proposito, ANAC non ritiene che al RPCT spettino poteri di monitoraggio tali da poter o dover valutare il rispetto degli atti di regolazione adottati dall'ente, eccetto quelli dai quali derivino misure di prevenzione della corruzione poi trasfuse nel PTPCT. Detto altrimenti, al RPCT non viene attribuito il controllo sullo svolgimento dell'attività ordinaria dell'ente.

Giova qui precisare che nell'ipotesi in cui il RPCT riceva segnalazioni o riscontri irregolarità concernenti l'operato dell'amministrazione, è tenuto a verificare il *fumus* di quanto rappresentato ed a riscontrare l'effettiva presenza o meno nel PTPCT di misure idonee alla prevenzione dell'evento segnalato. Nell'espletamento di tale attività, ANAC, pur nel silenzio della norma, ritiene di poter attribuire al RPCT ampi poteri di indagine, comprendenti la richiesta dell'audizione di dipendenti e l'acquisizione diretta degli atti relativi al procedimento, sempre che tali interventi istruttori siano indispensabili per una chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione e sempre nel rispetto dei criteri di proporzionalità, ragionevolezza ed adeguatezza.

Nel rapporto tra RPCT di un'amministrazione vigilante e il RPCT di un ente vigilato, ANAC sottolinea la necessità della reciproca autonomia che deve essere garantita ad ogni RPCT nell'espletamento dei propri compiti, ognuno nell'ambito della specifica responsabilità e competenza, escludendo qualunque rapporto di sovraordinazione/subordinazione.

Da questo nucleo di base, i compiti del RPCT possono essere come 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);
- segnalare all'Organo di Indirizzo ed al Nucleo di Valutazione le possibili disfunzioni concernenti l'attuazione delle misure relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza ed indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione

disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno applicato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, comma 7);

- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art. 1, comma 10, lett. a);

- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);

- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, a partire dai dipendenti chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base del Piano, il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. c);

- riferire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lo valuta opportuno (art. 1, comma 14);

- trasmettere, entro il 15 dicembre<sup>25</sup> 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 dei procedimenti disciplinari 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). Nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha altresì

---

<sup>25</sup> Tale termine negli ultimi anni è stato prorogato da ANAC con apposito provvedimento.

l'obbligo di effettuare all'Ufficio per i provvedimenti disciplinari la segnalazione ai sensi dell'art. 43, comma 5, del d.lgs.33/2013.

Sulla base di quanto indicato nel PNA 2016 e ripreso nella delibera n. 840/2018: *"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".*

Questo sistema integrato di poteri RPCT/uffici interni (dove, è bene precisare, non vi è sovrapposizione di ruoli), ha come presupposto indefettibile la *"collaborazione costante e costruttiva con il RPCT"* ed un flusso informativo verso quest'ultimo, avente ad oggetto le risultanze delle attività, completo e sempre aggiornato. Ciò, sul presupposto che l'effettiva possibilità per il RPCT di svolgere un'attività efficace ed efficiente si fonda sull'integrazione e sul coordinamento di quest'ultimo con l'intera struttura dell'Ente, in particolare con quei soggetti competenti a svolgere attività di controllo.

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

#### **4.5 Staff di supporto diretto al RPCT**

Il RPCT ha individuato, come proprio supporto, le risorse umane ed i mezzi necessari per l'esercizio dei compiti assegnati dalla l. 190/2012, dal d.lgs.39/2013 e dal d.lgs.33/2013.

Lo staff di supporto è articolato in due Aree, come sotto riportato, composto da collaboratori aventi il seguente profilo professionale:

Area prevenzione della corruzione	Area trasparenza e accesso civico
n. 1 Collaboratore Amministrativo Cat. D	n.1 Assistente Amministrativo Cat. C

È importante che siano messi a disposizione del RPCT le figure e i mezzi necessari ed indispensabili a supporto dello svolgimento delle funzioni legate alla prevenzione della corruzione. Attualmente, nessuna risorsa umana risulta essere assegnata in via esclusiva allo staff del RPCT.

#### **4.6 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 PTPC 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 ed 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 delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze, a cui afferisce l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e Servizio Ispettivo, il quale opera in raccordo con il 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 Responsabile Assicurazione Qualità dell'Istituto;
- 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 ed 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" ed 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 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.

#### **4.7 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 ed 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.

<b>STRUTTURA</b>	<b>REFERENTI</b>
<b>Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria</b>	Cristiana Pietta Luciana Tognoli
<b>U.O. Gestione Servizi contabili</b>	Federico Agostini Monica Orsini
<b>Sistemi Informativi</b>	Riccardo Possenti
<b>U.O. Provveditorato Economato e Vendite (contratti pubblici, settore beni e servizi)</b>	Alessandra Apollaro Simona Gusmeri
<b>U.O. Tecnico Patrimoniale (contratti pubblici, settore lavori)</b>	Elisabetta Pedrini Daniela Armellini
<b>U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle competenze</b>	Giorgio Minelli Elena Olivini
<b>Controllo di Gestione</b>	Simone Cominelli
<b>U.O. Affari Generali e Legali e Ufficio Progetti di Ricerca</b>	Emanuela Nucera
<b>Biblioteca, Formazione, Comunicazione</b>	Luisa Garau Margherita Franceschini

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 F 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 F;
- 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.

In questa sede si sottolinea l'importanza di implementare e potenziare la rete dei Referenti, anche alla luce del compito ad essi affidato di monitorare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo alla struttura di rispettiva afferenza.

#### **4.8 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, proponendo le misure di prevenzione che reputano più idonee e, contestualmente, effettuano 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, nonché alle correlate misure indicate dal RPCT;
- 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.

#### **4.9 I dipendenti**

Ai fini del presente Piano, per dipendenti si intendono tutti coloro che hanno rapporto di lavoro subordinato con l'IZSLER 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 di responsabilità 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.

#### **4.10 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. Parimenti, sono tenuti a segnalare eventuali illeciti (di natura penale, disciplinare, amministrativo-contabile) di cui siano venuti a conoscenza.

#### **4.11 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), provvedendo, inoltre, alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e collaborando con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 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 ed 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.

#### ***4.12 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA)***

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.

L'incarico di RASA è svolto in coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

#### ***4.13 Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e Gestione delle operazioni sospette***

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".

Successivamente, con Decreto del Direttore Generale n.262 del 18 giugno 2018 l'Istituto ha adottato il regolamento in materia di procedure per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo ai sensi del D.M. 25 settembre 2015.

Ai sensi di predetto regolamento ogni dirigente responsabile di struttura complessa assume il ruolo di "Responsabile della segnalazione". Tale soggetto ha l'obbligo di segnalare al Gestore le operazioni/transazioni sospette o su cui possano comunque sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento, di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza. Il Gestore, a sua volta, valuterà ed eventualmente trasmetterà le segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la struttura nazionale incaricata di ricevere dai soggetti obbligati, di richiedere ai medesimi, di analizzare e di comunicare alle autorità competenti le informazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento al terrorismo.

L'incarico di cui al presente paragrafo è svolto 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 (ex art. 21 del d.lgs. n. 165/2001), disciplinare, amministrativa, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione (art. 1, co. 12, l. 190/2012) 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 della Corruzione e della Trasparenza provi entrambe le circostanze sotto riportate:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il PTPCT 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”*. Da ciò si desume, quindi, che permane la responsabilità dei Dirigenti per la mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT abbia compiutamente dimostrato di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Ai sensi dell'art. 46 del d.lgs.33/2013, il RPCT risponde altresì per violazione degli obblighi di trasparenza, nell'ipotesi in cui sia inadempiente rispetto agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa. Tali violazioni implicano responsabilità dirigenziale, eventuale responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque elementi valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale. Il RPCT può andare esente da tale responsabilità se dimostri che il mancato rispetto degli obblighi di trasparenza sia dipeso da causa a lui non imputabile.

Il RPCT, in quanto soggetto interno all'amministrazione, nell'esercizio del proprio incarico riveste la funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio: per tale ragione ha l'obbligo di presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria nel caso in cui venga a conoscenza di fatti che rappresentano notizia di reato; altresì, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa.

### **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.

Inoltre sussiste responsabilità dirigenziale (*ex art 21 d.lgs.165/2001*) per omissione totale o parziale o per ritardi nella pubblicazione prescritte dalla legge, a carico dei dirigenti, ai sensi dell'art. 1, co. 33 della l. 190/2012.

### **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 e favorite da tutti i dipendenti. Per garantire quel sistema a rete, più volte richiamato da ANAC come forma ideale di prevenzione della corruzione, è indispensabile, all'interno dell'ente, un raccordo sinergico di collaborazione che veda coinvolti in maniera attiva non solo il RPCT, l'organo di indirizzo e i dirigenti, ma anche il complesso dei dipendenti. Questo è ciò che si evince dall'art. 8 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013), il quale precisa, in merito al dipendente, che egli è

tenuto a rispettare *“le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza”*<sup>26</sup>. Ciò posto, si individua la fonte della responsabilità del dipendente pubblico per violazione delle misure di prevenzione, nell'art. 8 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici e nell'art. 1, co. 14 della l.190/2012, il quale prevede che *“la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, 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 sul Codice 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.

---

<sup>26</sup> In proposito, anche il Codice di Comportamento dell'Istituto, all'art. 7, obbliga tutti i destinatari all'osservanza delle norme indispensabili al fine di prevenire il rischio corruttivo.

## PARTE II – PROGRAMMAZIONE

### 6 Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2019-2021

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.

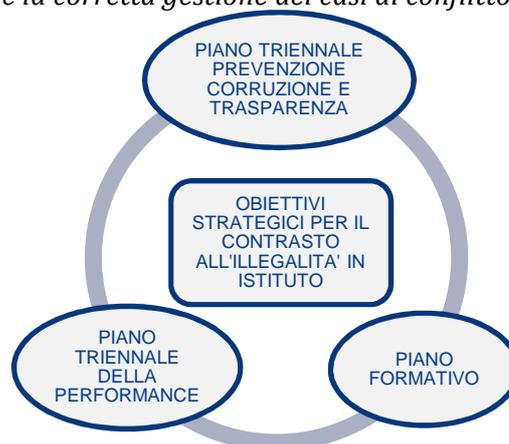
Tutti gli atti di programmazione devono coordinarsi tra loro in modo da garantire una gestione coerente ed efficiente dell'attività pubblica esercitata, nonché la creazione di un sistema organico di pianificazione all'interno dell'Ente.

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 2019-2021, 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 2019-2021 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 della 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 amministrazioni, i cui principi ex art. 16 trovano applicazione anche nei confronti dell'IZSLER quale ente del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano Triennale della Performance contiene una apposita sezione nella quale sono definiti gli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza, in coerenza con quanto previsto dal PTPCT. La valutazione della *performance* dei dirigenti di struttura tiene conto dell'attuazione degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

### **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:

a) la realizzazione di iniziative di carattere generale e di aggiornamento sulle tematiche dell'etica e della legalità. Iniziative formative specifiche, rivolte ai dipendenti, dovranno riguardare la tutela della privacy, il *whistleblower*, la deontologia professionale, la prevenzione della corruzione e la trasparenza nel settore dei contratti pubblici. Particolare attenzione deve essere rivolta ai neo-assunti, nel cui percorso formativo di inserimento devono essere previsti appositi moduli dedicati ai codici di comportamento nazionale e aziendale ed al PTPCT.

b) l'attuazione di 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) l'individuazione del 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) il coinvolgimento in attività di formazione di dirigenti e funzionari interni, laddove siano disponibili all'interno dell'Amministrazione risorse con adeguate competenze professionali;

e) la verifica del grado di soddisfazione delle iniziative formative da parte dei partecipanti e la raccolta di eventuali suggerimenti di approfondimento o miglioramento.

In condivisione con il NVP, si ritiene che la formazione debba ergersi a fondamento per una maggiore consapevolezza, responsabilizzazione e valorizzazione del ruolo pubblico svolto da tutte le professionalità dell'Istituto. La creazione di percorsi di formazione qualificati e strutturati è un valore imprescindibile per la diffusione di una cultura aziendale fondata su quei principi di etica e di legalità che devono orientare l'attività dei pubblici dipendenti. A tal fine, obiettivo generale dell'Istituto è il rafforzamento di iniziative formative in tema di etica e legalità rivolte ai propri dipendenti. Nell'ambito di tale obiettivo rientra la

collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, avviata nel 2018 e che sarà implementata nel 2019, avente ad oggetto l'utilizzo della piattaforma di formazione dell'Istituto di Padova.

### 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 2019-2021. Questa parte è altresì dedicata alla descrizione dello stato dell'arte in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza in IZSLER, a seguito delle misure attuate negli ultimi anni, in esecuzione dei precedenti PTPCT.

Vengono descritte, infine, le misure individuate per il triennio 2019-2021.

## 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 similari 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.

Le indicazioni fornite dall'ANAC circa la metodologia di gestione del rischio da adottare nell'ambito dei contratti pubblici, richiedono alle amministrazioni di effettuare una autoanalisi organizzativa (preferibilmente su base triennale) che consenta di "fotografare lo stato di servizio", al fine di individuare criticità e punti di forza di tale area in funzione della pianificazione delle conseguenti misure di intervento, anche attraverso l'utilizzo di indicatori a particolare valenza informativa. ANAC raccomanda altresì di procedere alla scomposizione del sistema di affidamento dell'appalto nelle fasi riportate di seguito:

- programmazione del fabbisogno;
- progettazione della gara;
- selezione del contraente;
- verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto;
- esecuzione e rendicontazione.

Per ognuna delle predette fasi è necessario individuare i processi rilevanti e il rischio configurabile, programmando le misure atte a prevenirlo.

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;
- il rispetto del principio di rotazione negli affidamenti;
- il ricorso a strumenti di acquisto e di negoziazione informatici, quali convenzioni quadro, mercato elettronico, ecc.;
- adeguata istruttoria e puntuali controlli.

rappresentano 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.

In ragione dei frenetici avvicendamenti normativi e giurisprudenziali in tale area è indispensabile garantire una costante attività formativa e di aggiornamento.

### ***La situazione dei contratti pubblici interna all'Istituto***

Alla data di adozione del Piano, il previsto accorpamento nell'Unità Operativa "Gestione dei servizi strumentali" delle due articolazioni aziendali attualmente competenti in materia di contratti pubblici, disposto dal nuovo assetto organizzativo, non è stato realizzato. Ciò non ha consentito il miglioramento auspicato rispetto alle importanti criticità già evidenziate nel PTPCT 2018 e confermate dagli esiti dell'attività di controllo svolta nel corso del 2018 dal Direttore Amministrativo, in particolare, nell'area dell'acquisizione di bene e servizi, ove continuano pertanto a permanere le difficoltà già segnalate (assenza rotazione RUP, mancata nomina DEC, ricorso a proroghe contrattuali, etc.). L'effettiva unificazione delle due unità operative risponde senza dubbio ad una esigenza di razionalizzazione delle attività dell'Ente nell'area 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. Già 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 contratti<sup>27</sup>. L'esito dei controlli effettuati sia nel 2017 sia nel 2018 dalla direzione amministrativa, ha tuttavia evidenziato un'attuazione soltanto parziale di quanto previsto. Per tale ragione diventa prioritario per l'IZSLER realizzare nel 2019 le misure già individuate dai precedenti PTPCT per l'area dei contratti pubblici<sup>28</sup>. Si sottolinea la necessità

<sup>27</sup> Si vedano in particolare pp.57 e ss. ed allegato "C" del PTPCT 2017-2019 e pp.42 e ss ed allegato "C" del PTPCT 2018 - 2020.

<sup>28</sup> 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

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 due unità operative e il conseguente incremento delle figure dirigenziali e direttive assegnate alla struttura "*Gestione dei servizi strumentali*" potranno senz'altro agevolare la realizzazione di tale misura, da ritenersi assolutamente indispensabile e non ulteriormente procrastinabile. Parimenti prioritario per il 2019 è l'incremento del ricorso alle centrali di committenza sia quale misura di prevenzione sia quale strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti in IZSLER. Alla stessa esigenza di semplificazione ed efficientamento dell'attività di approvvigionamento risponde anche l'iniziativa, alla quale le direzioni amministrative degli Istituti stanno lavorando, di costituire una rete fra i dieci II.ZZ.SS. per l'affidamento di appalti di beni e servizi di carattere comune.

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 - che siano conformi:

- al vigente codice dei contratti pubblici, come integrato da ultimo dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145;
- ai provvedimenti adottati da ANAC<sup>29</sup>;
- alla disciplina regionale di riferimento.

Rispetto a tale ultima disciplina, assumono particolare rilevanza i seguenti atti di Regione Lombardia:

- D.G.R. n. X/5859 del 28.11.2016, con cui sono state introdotte nuove disposizioni in materia di acquisti di forniture e servizi sotto soglia;
- la D.G.R. n. X/491 del 02.08.2018, contenente disposizioni in ordine alle procedure per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi.

Merita inoltre particolare approfondimento per la tematica trattata, il provvedimento di ANAC attualmente in consultazione contenente le linee guida recanti "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*".

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

---

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.

<sup>29</sup> Si riportano di seguito le principali linee guida adottate da ANAC nel settore "appalti":

- Linee guida n. 1 "*Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria*" (delib. n.138 del 21 febbraio 2018);
- Linee guida n.2 "*Offerta economicamente più vantaggiosa*" (delib. n. 424 del 02 maggio 2018);
- Linee guida n. 3 "*Nomina, ruolo e compiti del RUP per l'affidamento di appalti e concessioni*" (delib. n.1007 dell'11 ottobre 2017);
- Linee guida n. 4 "*Procedure per l'affidamento di contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici*" (delib. n. 206 del 1 marzo 2018);
- Linee guida n. 5 "*Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici*" (delib. n. 4 del 10 gennaio 2018);
- Linee guida n. 6 "*Indicazione dei mezzi di prova adeguati e delle carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto che possano considerarsi significative per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, co.5, lett. c del Codice (ipotesi in cui l'operatore economico si sia reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali mettere in discussione la sua integrità e affidabilità)*" (delib. n. 1008 del 11 ottobre 2017);
- Linee guida n. 7 "*Linee guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti delle proprie società in house previsto dall'art. 192 del D.lgs. 50/2016*" (delib. n. 1076 del 21 novembre 2018);
- Linee guida n. 8 "*Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili*" (delib. n. 950 del 13 settembre 2017);
- Linee guida n. 9 "*Monitoraggio delle amministrazioni aggiudicatrici sull'attività dell'operatore economico nei confronti del partenariato pubblico privato*" (delib. n. 318 del 28 marzo 2018).

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 ha tenuto monitorate le differenti posizioni intervenute negli ultimi mesi.

Anzitutto è necessario rilevare che il Consiglio di Stato, in sede consultiva, ha reso il parere n. 2017 del 3 agosto 2018 sulle Linee Guida per l'affidamento sei servizi legali elaborate da ANAC e pubblicate lo scorso anno in consultazione.

L'ANAC, con delibera del Consiglio n. 907 del 24 ottobre 2018, ha approvato in via definitiva le Linee Guida n. 12 relative ai servizi legali, stabilendo di aderire all'impostazione palesata dal Consiglio di Stato con il succitato parere. Si è delineando così un quadro complessivo della materia che, in questa sede, si intende brevemente riassumere.

Nello specifico, l'Autorità ha ribadito che l'affidamento dei servizi legali costituisce appalto, con conseguente applicabilità dell'allegato IX e degli articoli 140 e seguenti del Codice dei Contratti Pubblici, qualora la stazione appaltante affidi la gestione del contenzioso in modo continuativo o periodico; l'incarico conferito *ad hoc* costituisce invece un contratto d'opera professionale, consistendo nella trattazione della singola controversia, ed è sottoposto al regime di cui all'art. 17 (c.d. contratti esclusi). L'ANAC, nelle medesime Linee Guida, ha altresì dettato le migliori pratiche per l'affidamento dei servizi legali di cui all'art. 17 del d.lgs.50/2016, raccomandando la costituzione di elenchi di professionisti, eventualmente suddivisi per settore di competenza, previamente costituiti dall'amministrazione con una procedura trasparente e aperta e pubblicati sul sito istituzionale.

Giova sul punto sottolineare come l'IZSLER, nell'affidamento dei 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 preparazione di un contenzioso, anche solo potenziale), ha agito, ancor prima che fossero emanate le suddette Linee Guida, nel rispetto dei principi previsti dall'art. 4 del Codice dei Contratti Pubblici, riassumibili nei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità. Ciò, in termini operativi, si è sostanziato nell'applicazione di una procedura di scelta del legale aperta al confronto concorrenziale, dell'applicazione del criterio della rotazione e della valutazione delle competenze mediante un approfondito esame del *curriculum* fornito da ciascun candidato, tenendo altresì conto del compenso preventivato.

La Direzione sta comunque valutando l'opportunità per il futuro di dare vita ad appalti di servizio veri e propri a studi professionali interdisciplinari.

### **7.2 Aree a rischio specifiche**

Come anticipato, la determinazione ANAC n.12 del 2015 prevede che i PTPCT delle singole pubbliche amministrazioni 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.

Le aree di cui ai precedenti punto a), b) e d), tuttavia, in ragione delle peculiarità degli Istituti Zooprofilattici non risultano 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'individuazione delle aree a rischio specifiche di ciascuna pubblica amministrazione, il Piano 2019-2021 conferma 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.

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 ed applicare misure atte ad impedire pressioni ed ingerenze dall'esterno. L'applicazione di un sistema informativo di formazione, gestione e trasmissione 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 2019, allorché la riorganizzazione opererà a pieno regime, l'effettiva 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.

Nel corso del 2018 l'IZSLER ha verificato l'adempimento da parte delle strutture interessate degli obblighi informativi disposti dal D.P.R. 8 febbraio 1952, n. 320 recante il regolamento di polizia veterinaria, e, in particolare, il rispetto dell'obbligo di denuncia di malattie infettive e

diffusive alle competenti Autorità. il Direttore Sanitario ha istituito (nota prot. n. 16298 del 25 maggio 2018) un'apposita Commissione interna di verifica. A seguito dei lavori della Commissione, il Direttore Generale ha dato atto di *"un costante ed omogeneamente diffuso rispetto degli obblighi conseguenti al regolamento di polizia veterinaria all'interno dell'Istituto"* e confermato che *"in IZSLER l'adempimento degli obblighi previsti dal D.P.R n. 320/1954 è costantemente rispettato"*. La succitata verifica fa seguito all'introduzione, a partire dal 2016, dell'obbligo per le strutture sanitarie di trasmettere al Direttore Generale un report periodico relativo alle denunce di malattie infettive e diffusive presentate all'Autorità Sanitaria.

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

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.

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.

I contratti per l'erogazione di prestazioni di laboratorio stipulati dall'IZSLER rientrano nel novero dei contratti ordinari, per mezzo dei quali l'Istituto, nell'esercizio del proprio potere discrezionale, può scegliere di perseguire il fine e l'interesse pubblico attraverso meccanismi contrattuali di diritto comune. All'IZSLER è infatti permesso l'utilizzo di tutte le informazioni tecnico-scientifiche che derivino dall'esecuzione dei succitati contratti per scopi di ricerca, pubblicazioni, analisi e valutazione del rischio e per tutte le attività rientranti fra i compiti istituzionali. Inoltre, l'attività contrattuale consente all'Istituto di raggiungere, nell'ottica della funzione istituzionale di tutela della salute, una qualificata conoscenza dei processi di produzione.

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. Per tale ragione risulta indispensabile individuare misure per la corretta gestione dell'attività di tipo privatistico.

Già nel PTPCT 2018-2020 la Direzione Sanitaria rispondeva a tale esigenza proponendo l'attuazione di varie misure, tra cui l'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro, la revisione e l'adeguamento dei sistemi informativi, la separazione in fasi del processo analitico, la distinzione (per le analisi *"manuali"*) del soggetto che effettua le operazioni analitiche dal soggetto che firma il rapporto di prova, il controllo e il monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni di laboratorio.

A marzo 2018 (nota prot. 8940), la Direzione Sanitaria ha trasmesso le nuove Linee Guida aziendali recante il programma aziendale per la corretta gestione del conflitto di interesse tra "attività privatistica" ed "attività pubblicistica". Siffatte Linee Guida integrano le regole e le disposizioni già previste dal Sistema Qualità dell'IZSLER, vincolando tutte le strutture sanitarie al loro rispetto. Come previsto nel Piano, il Direttore Sanitario ha provveduto a svolgere, congiuntamente con il Responsabile Assicurazione Qualità, un apposito audit che ha confermato la corretta applicazione delle Linee Guida. Nel corso del 2019 il programma per la corretta gestione del conflitto di interesse tra "attività privatistica" ed "attività pubblicistica" sarà nuovamente aggiornato da parte della Direzione Sanitaria.

Sempre con riguardo all'erogazione di prestazioni in regime di diritto privato, con delibera n. 9 del 29 agosto 2018 recante *"Approvazione del tariffario delle prestazioni di laboratorio erogate a pagamento dall'Istituto e approvazione nuovi criteri e modalità per l'applicazione degli sconti"*, il

Consiglio di Amministrazione ha stabilito di applicare sconti sul tariffario a chiunque instauri con l'IZSLER - mediante stipula di apposito contratto - un rapporto negoziale di durata, il tutto nell'ottica di assicurare la parità di trattamento, l'imparzialità amministrativa e di favorire un ampliamento della clientela, consentendo così all'ente di accedere ad un maggior numero di dati epidemiologici nell'ambito della sanità animale e della sicurezza alimentare. Si è ritenuto, infatti, che la previsione di una scontistica sul tariffario delle prestazioni possa incentivare gli OSA a sottoporsi a controlli in materia di alimenti e sanità animale, così da permettere all'IZSLER e alle regioni di riferimento - avvalendosi delle sedi territoriali tra la Lombardia e l'Emilia Romagna - di svolgere una sorveglianza epidemiologica adeguata parametrata alla vastità del territorio di competenza, nonché di effettuare una ricerca più accurata sia nel settore della sicurezza alimentare sia della sanità pubblica veterinaria.

### **7.2.3 Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie**

Il settore della ricerca, insieme a quelli della sperimentazione clinica e delle sponsorizzazioni, è stato qualificato come ambito particolarmente esposto al rischio di fenomeni corruttivi in un'apposita area del PNA 2015. Tale PNA 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, anche nella attività di ricerca realizzata in IZSLER, sono diversi gli attori che intervengono a diverso titolo e responsabilità nei correlati processi: i responsabili scientifici, per le attività di progettazione e gestione dei progetti di ricerca, la Direzione e gli organismi consultivi e di valutazione preventiva delle proposte progettuali, le strutture amministrative, che si occupano della gestione amministrativa dei progetti, dell'acquisizione delle risorse necessarie e della rendicontazione e liquidazione dei contributi concessi.

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 via via più specifiche, anche in ragione delle novità introdotte nei Piani Nazionale Anticorruzione 2016 e 2017, nonché della presenza in alcuni bandi di ricerca della tematica relativa alla gestione dei conflitti di interesse.

In particolare, nel 2015 e 2016 l'Istituto introduceva quali misure 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, nonché l'acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interesse da parte dei responsabili scientifici nella stipula di accordi e contratti atipici per lo svolgimento di attività scientifica.

Nel PTPCT 2017-2020, a seguito dell'aggiornamento 2015 al PNA, si individuava quale area a rischio specifica l'*“Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie”* e venivano ridefinite all'interno dell'Istituto le misure anticorruzione relative all'attività di ricerca, tuttora vigenti.

Nel 2017, inoltre, su iniziativa del Direttore Generale è stata istituita una commissione interna per la valutazione dei progetti autofinanziati dell'Istituto, con il compito di valutare la corrispondenza dei risultati di ciascuna ricerca agli obiettivi programmatici posti dal progetto. Nell'ambito delle attività di tale Commissione, sono stati predefiniti i criteri per la valutazione

delle relazioni finali dei progetti autofinanziati, tra i quali si segnala la coerenza dei risultati rispetto alle aspettative, il raggiungimento degli obiettivi, la produzione di nuove conoscenze, il rispetto dei tempi e delle risorse assegnate. Tale misura di controllo *ex post* è stata poi estesa prevedendo la valutazione preventiva delle proposte progettuali ai fini dell'attivazione di progetti autofinanziati.

Nel corso del 2017, nell'ambito della più ampia attività di gestione del rischio condotta all'interno dell'Istituto per tutte le strutture aziendali (di cui alla deliberazione del C.d.A. n. 14/2017), si è proceduto alla revisione della 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'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato 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 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 confliggere 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 PTPCT 2018-2020, confermando quanto previsto dal precedente Piano, individuava quale area a rischio specifica l'*"Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie"*.

La mappatura/valutazione/ponderazione del rischio e le misure allegare 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, il PTPCT 2018-2020 suddivideva l'area della ricerca in Istituto 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). 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 per i progetti con IZSLER capofila; pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" dei dati relativi agli accordi di ricerca; utilizzo del patto di integrità negli accordi relativi a progetti con IZSLER capofila) 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.

Nella mappatura allegata al presente Piano 2019-2021 viene confermata l'analisi del rischio effettuata nel previgente PTPCT, ma con alcune integrazioni/modifiche apportate prevalentemente alla descrizione di indicatori e target.

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 B e C) al presente Piano.

Nell'area di rischio di cui trattasi, relativa alla partecipazione dell'Ente a progetti di ricerca, non si rilevano difficoltà significative nell'applicazione delle misure anticorruzione, anzi si rileva in generale un atteggiamento collaborativo da parte dei soggetti coinvolti a vario titolo quali attuatori delle rispettive misure.

Infine, nel corso dell'anno 2019 si provvederà alla revisione del Regolamento interno sui progetti di ricerca, la cui attuazione era prevista nel 2018 e rinviata al completamento del nuovo assetto organizzativo.

## **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 2019-2021.

### **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, in applicazione 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” e secondo quanto disposto dal PTPC 2017 – 2019, ha adottato a fine 2017 un nuovo Codice di Comportamento<sup>30</sup>. Successivamente alla sua adozione, il nuovo Codice è stato pubblicato nella rete *intranet* aziendale e sul sito *web* istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente” sottosezione “Disposizioni Generali”. Esso è stato altresì trasmesso a tutti i dipendenti, ai dirigenti e all’Ufficio Procedimenti Disciplinari, non solo per garantirne la massima diffusione, ma anche per permettere a ciascun responsabile di struttura di svolgere un’adeguata vigilanza circa l’osservanza delle disposizioni disciplinari. A partire dal mese di dicembre 2017, è stato messo a disposizione dei dipendenti dell’Istituto un corso di formazione *online* (FAD), illustrativo delle disposizioni e dei contenuti del codice. Rientra tra gli obblighi formativi iniziali dei dipendenti neoassunti la partecipazione a tale corso. Copia del Codice di Comportamento è consegnata al dipendente al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro.

Come disposto dalle sopra richiamate linee guida dell’ANAC, il vigente Codice di Comportamento 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)<sup>31</sup>.

Il nuovo codice dedica particolare attenzione alla problematica del conflitto di interessi, allo scopo ultimo di promuovere una maggiore consapevolezza in ordine al tale tematica. Esso prevede una puntuale disciplina procedurale per la segnalazione e la corretta gestione delle situazioni di conflitto, per la disamina della quale si rimanda al paragrafo 8.4 del presente Piano.

All’interno del codice è precisato che il rispetto delle disposizioni ivi previste rileva 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 infine che, in sede di stipula dei contratti con l’Istituto, i contraenti si impegnino espressamente a condividerne e rispettarne i principi.

Nel corso del 2019, l’U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze provvederà a richiedere a tutti i dipendenti e ad acquisire le dichiarazioni previste dall’art. 4, comma 5<sup>32</sup>, del vigente codice di comportamento. I dati contenuti in tali dichiarazioni – laddove rilevanti – confluiranno, a cura della stessa U.O. e dei Sistemi Informativi, nel data – base documentale per la corretta gestione delle situazioni di conflitto di interessi.

### **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

<sup>30</sup> Approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.13 del 30 ottobre 2017.

<sup>31</sup> Sulla elaborazione e sulla procedura di adozione del Codice si rimanda al PTPCT 2018-2020, pp. 49 e ss.

<sup>32</sup> “*Il dipendente fornisce, all’atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiorna 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 e/o comunque in qualunque modo retribuiti. Detta dichiarazione specifica per ciascun rapporto tutti gli eventuali emolumenti percepiti e/o benefici goduti, sia direttamente che indirettamente, e inoltre: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti; b) se siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione è resa in forma completa, assumendosene la responsabilità, utilizzando il modulo predisposto dall’IZSLER. Le disposizioni del presente comma si applicano anche ai direttori*”.

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 delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze, 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 individuati gli incarichi dirigenziali di struttura complessa da affidare a seguito di apposito avviso pubblico. Si tratta complessivamente di n.8 incarichi: per tre di questi, a seguito dell'espletamento della relativa procedura, si è realizzato un avvicendamento nella direzione. Il medesimo provvedimento ha disposto 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, già nel Piano precedente veniva rappresentata la necessità di avviare percorsi formativi e di affiancamento tesi a rendere realizzabile la rotazione alla prossima scadenza contrattuale. Tale necessità è confermata anche nel presente Piano.

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, già 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 ciascuna delle quali all'interno dell'Istituto è solitamente competente un solo dirigente. Per tale ragione, già in fase di predisposizione del precedente Piano, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e il RPCT hanno manifestato la necessità di intervenire in tale settore di attività prevedendo all'interno dell'organizzazione figure con competenze specialistiche *“fungibili”*, in modo da poter avviare la rotazione sul territorio. Pertanto, in relazione alle attività di controllo/sopralluoghi/consulenze, il PTPCT 2018 prevedeva l'individuazione di criteri predefiniti di rotazione, nonché l'avvio di iniziative di affiancamento e formazione volte definire in futuro un sistema compiuto e programmato di *turn over*. Il Direttorio Sanitario ed i membri sanitari del Gruppo di Supporto, dopo aver valutato esigua l'attività di controllo/ sopralluogo/consulenza svolta sul territorio da parte dell'IZSLER, hanno ritenuto di non procedere in tale area alla rotazione, in quanto la stessa

avrebbe comportato la disapplicazione dei criteri di efficienza ed economicità che governano l'azione amministrativa. In questa sede si ribadisce, tuttavia, la necessità di attuare interventi organizzativi idonei a prevenire fenomeni corruttivi, come già rappresentato in accordo con il NVP nel precedente Piano.

In ragione di quanto sopra sinteticamente riportato, si evidenzia la mancata attuazione della misura della rotazione del personale dirigenziale. In questa sede si conferma la necessità pertanto di avviare nel 2019 percorsi idonei a consentire l'effettiva realizzazione della misura. Per quanto concerne il comparto, l'anno 2018 è stato caratterizzato da un'importate *turn over* del personale amministrativo (n.3 cessazioni e n.12 uscite per mobilità) che ha riguardato in particolare l'U.O. Provveditorato, Economato e Vendite, l'U.O. Gestione Servizi Contabili e l'U.O. Affari Generali e Legali.

Nel corso dell'anno 2019, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario individueranno con apposito atto i settori di rispettiva competenza per i quali sarà necessario procedere alla rotazione del personale dirigenziale e di comparto, nonché gli interventi, anche formativi e di affiancamento, ed i termini di realizzazione della misura.

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, dovrà 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 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 ambito amministrativo, il Direttore Amministrativo provvederà nel corso del 2019 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 potenziale<sup>33</sup>. L'obbligo di astensione costituisce una regola di carattere generale che non ammette deroghe ed eccezioni. L'astensione in caso di conflitto di

---

<sup>33</sup> 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 suddetti 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.

interessi, in quanto misura fondamentale di contrasto al fenomeno corruttivo, 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"*.

È forse utile precisare che l'adozione di qualsivoglia provvedimento in presenza di una situazione di conflitto di interessi determina l'illegittimità e quindi l'annullabilità del provvedimento, con le conseguenze che ne derivano in termini di responsabilità amministrativa, contabile ed erariale.

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) 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 dell'Ente, ove è presente altresì una guida per il riconoscimento delle situazioni di conflitto.

Come chiarito dal Codice di Comportamento dell'IZSLER, la verifica in ordine alla sussistenza del conflitto di interessi viene effettuata secondo un sistema gerarchico, con l'ausilio dell'U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze 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 afferenza (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.

È compito del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, nell'ambito dell'esercizio delle proprie funzioni di controllo e vigilanza, verificare la corretta gestione delle situazioni di conflitto di interessi da parte dei dirigenti di struttura.

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. I *report* relativi alle situazioni di conflitto di interessi, segnalate e gestite nell'arco del 2018, sono stati trasmessi al Consiglio di Amministrazione, al Collegio dei Revisori dei Conti, al Nucleo di Valutazione e alla Direzione per l'esame e le valutazioni di rispettiva competenza. Al fine di fare emergere le situazioni di conflitto di interessi, il Codice di Comportamento prevede importanti adempimenti a carico dei dipendenti. Il Codice prevede, in primo luogo, che ciascun dipendente debba 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 meramente potenziale. È altresì previsto l'obbligo per ciascun dipendente di comunicare al responsabile dell'ufficio di afferenza l'appartenenza a organizzazioni o associazioni.

Nel corso del 2019, le informazioni contenute nelle succitate comunicazioni/dichiarazioni saranno raccolte ed andranno ad implementare il data-base documentale sulla gestione dei conflitti di interessi (servizio intranet di gestione e consultazione correlato al sistema documentale dell'Ente) che verrà realizzato dall'U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze in collaborazione con i Sistemi Informativi. In tale data-base confluiranno altresì le informazioni, relative a ciascun dipendente, contenute nelle segnalazioni sui conflitti di interesse, i dati (in possesso dei competenti uffici) relativi alla partecipazione a commissioni di gara/concorsi, allo svolgimento delle funzioni di RUP/DEC, all'espletamento di incarichi extra-istituzionali, etc.

La realizzazione del *data-base* è indispensabile per dar vita ad un sistema organico ed efficace di gestione dei conflitti di interessi con riguardo ai suoi molteplici profili. La raccolta sistematica di dati e informazioni rilevanti in tale ambito costituisce il più efficace strumento a disposizione di chi ha compiti di autorizzazione e di controllo e consente di effettuare verifiche di carattere sostanziale e non meramente burocratico. Le informazioni che saranno contenute nel data-base potranno, infatti, essere utilizzate da chiunque (dirigente di struttura, direttori, U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze) abbia competenze nell'ambito di procedure di autorizzazione (ad es. allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali) e/o di nomina (ad es. di RUP o DEC) ovvero compiti di controllo (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, UPD, Servizio Ispettivo).

Il Codice contiene altresì 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 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. Sono presenti, inoltre, parti speciali orientate a specifici settori (come quello della ricerca e della sperimentazione) e a determinate categorie di personale.

Considerata la rilevanza del conflitto di interessi, l'IZSLER provvederà a potenziare il livello di organizzazione rispetto alla prevenzione e gestione di situazioni di conflitto, anche attraverso la messa a punto di apposite procedure di controllo e attraverso una intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (autocertificazioni).

### ***Il conflitto di interessi nei contratti pubblici***

A completamento della disciplina generale, il Legislatore ha dettato disposizioni specifiche volte a trattare in modo puntuale l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici, settore ritenuto particolarmente esposto al rischio di interferenza degli interessi privati. L'art. 42 del d.lgs.50/2016 prevede innanzitutto che le stazioni appaltanti individuino misure "*adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle*

*concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione alla concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici”.*

In questo ambito, il conflitto di interessi si realizza quando il personale della stazione appaltante (o un prestatore di servizi) che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. Il Legislatore, tuttavia, non individua in maniera tassativa le ipotesi di conflitto, ma lascia che le stesse vengano rilevate caso per caso, in relazione ai principi di imparzialità e buona amministrazione.

Al fine di prevenire e combattere i conflitti di interesse all'interno di questo settore, ANAC ha elaborato delle linee guida, contenute nel documento (la cui consultazione è scaduta il 19 novembre 2018) recante *“Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”*, all'interno del quale individua come prassi ottimali da adottarsi le seguenti misure:

- azioni formative obbligatorie per i dipendenti finalizzate all'informazione, alla sensibilizzazione e alla responsabilizzazione degli attori coinvolti, in merito all'obbligo di astensione, alle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e ai comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse;
- azioni formative nei confronti dei dirigenti, in ordine agli obblighi di vigilanza e controllo sull'assenza di situazioni di conflitto di interessi in capo ai dipendenti;
- compilazione da parte di ogni soggetto partecipante alla procedura di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione in ordine ad ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio l'imparzialità e l'indipendenza del dipendente;
- comunicazione da parte del soggetto interveniente nella procedura di qualunque conflitto insorto successivamente di cui al punto precedente;
- definizione di apposite procedure di raccolta, tenuta e aggiornamento di tali dichiarazioni/comunicazioni;
- 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;
- individuazione preventiva, da parte delle stazioni appaltanti, di possibili ed eventuali situazioni di rischio che possano far emergere, nel corso della procedura, conflitti di interesse non dichiarati o non comunicati. Tale esigenza si palesa più evidente dove la discrezionalità attribuita alla stazione appaltante nella scelta del contraente risulta essere maggiore.

La sussistenza del conflitto di interesse comporta l'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura di affidamento e, in ogni caso, l'impossibilità per l'amministrazione di conferire l'incarico al soggetto interessato. Se il conflitto di interesse si manifesta successivamente al conferimento dell'incarico, ciò determina la revoca dello stesso e la nomina di un sostituto. Al verificarsi della predetta situazione di conflitto, scatta il duplice obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e di astensione dal partecipare alla procedura, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico, ferma restando la responsabilità amministrativa e penale.

L'art. 42 del D.lgs.50/2016 è suscettibile di applicazione nei confronti di tutte le procedure di aggiudicazione di appalti e concessioni nei settori pubblici, sopra o sotto soglia che siano, e, nondimeno, agli appalti nei settori speciali e sottoposti a regime particolare. A livello di applicazione soggettiva, tale norma opera nei riguardi di tutti i dipendenti in senso stretto (coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di affidamento), ossia di coloro che sono in grado, sulla base di un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, di impegnare l'ente nei confronti di terzi o che rivestano un ruolo tale da poterne condizionare l'attività esterna. L'art. 80 comma 5, lett. d) del d.lgs.50/2016 prevede l'esclusione dalla gara pubblica dell'operatore economico quando la sua partecipazione possa determinare il verificarsi della situazione di conflitto di interessi prevista dall'art. 42, comma 2, del Codice dei

Contratti pubblici, nel caso in cui: il rischio corruttivo non sia eliminabile con la semplice astensione; non sia possibile la sostituzione, per ragioni organizzative, del soggetto astenuto; sia mancata la dichiarazione o la comunicazione rilevante il conflitto di interessi. Se tale situazione viene a verificarsi successivamente all'aggiudicazione, la stazione appaltante prenderà i provvedimenti opportuni, previa valutazione degli interessi coinvolti, segnatamente di annullamento dell'aggiudicazione o risoluzione del contratto.

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.

### ***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 discendenti dal peculiare dovere di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione.

Tale dovere comporta l'obbligo per il pubblico dipendente di dedicare interamente all'ufficio la propria attività lavorativa e risponde ai principi di imparzialità e di buon andamento dell'azione amministrativa, nonché all'obbligo di fedeltà alla Nazione dei lavoratori pubblici, di cui agli artt. 97 e 98 della Costituzione.

La materia trova la sua disciplina principalmente nell'**art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001**. La disposizione richiama, al comma 1, il regime delle incompatibilità di cui al D.P.R. n. 3/1957 (artt. 60 e ss.), secondo cui, in generale, i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o esercitare attività imprenditoriali o professionali, salve le deroghe espressamente previste dalla legge.

Fermo quanto sopra, i commi successivi del predetto articolo riguardano lo svolgimento di attività extraistituzionali, ossia gli incarichi non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio. I pubblici dipendenti possono svolgere incarichi che provengono da altri soggetti, pubblici o privati, solo se previamente autorizzati dalle amministrazioni di appartenenza, secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, e in ogni caso tali da escludere casi di incompatibilità (sia di diritto che di fatto) o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente (art. 53 c.5 d.lgs.165/2001). Ciò nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.

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 delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze 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.

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'UO Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze - 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 dal dovere di esclusività che connota la prestazione lavorativa del pubblico dipendente discendano 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<sup>34</sup>.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di supportare le amministrazioni nell'applicazione della normativa in materia di svolgimento di incarichi da parte dei dipendenti e di orientare le scelte in sede di predisposizione dei regolamenti e degli atti di indirizzo, ha elaborato dei criteri generali che esemplificano una serie di incarichi vietati per i pubblici dipendenti, tratti dalla normativa vigente, dagli indirizzi generali e dalla prassi applicativa. In particolare, il documento ha enucleato una serie di tipologie di incarichi da considerarsi "a rischio" e, pertanto, vietati per i dipendenti pubblici<sup>35</sup>. 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 nocumeto 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 attribuite al dipendente".*

---

34 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 inidonee ad arrecare pregiudizio agli interessi tutelati dalle norme di divieto.

35 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%20ubblico/Rapporto%20di%20lavoro%20pubblico/criteri%20generali%20in%20materia%20di%20incarichi%20vietti.pdf>

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”.*

Ne discende 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 o 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.

Sulla scorta anche di tali indicazioni, l’U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze ha provveduto a predisporre un regolamento *“Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali”*, adottato con decreto del Direttore Generale n. 295 del 6 luglio 2017, e successivamente integrato e modificato nel corso del 2018 con decreto del Direttore Generale n. 264 del 18/06/2018.

Detto regolamento disciplina distintamente:

- le attività e gli incarichi assolutamente incompatibili (art.3): si tratta di attività non autorizzabili in quanto qualificate dal Legislatore come ipotesi di incompatibilità assoluta, la cui violazione legittima comporta, oltre che la responsabilità disciplinare anche la decadenza del rapporto di lavoro ai sensi degli artt. 60 e ss. del D.P.R. n. 3/1957 ;
- le attività non soggette ad autorizzazione, ossia le attività consentite indicate nell’art. 53 c.6 d.lgs. n. 165/2001), bensì soggette alla mera comunicazione (artt.6-7), tra le quali l’attività di CTU (art.8);
- le attività esercitabili solo previa autorizzazione elencate nell’art. 9 a titolo esemplificativo (lett.a)-i) comprese *“tutte le altre attività, anche a titolo gratuito o col solo rimborso spese, che non sono comprese nei compiti e doveri d’ufficio, non presentano profili di incompatibilità o conflitti di interesse e che non rientrano nell’elenco di cui al presente articolo, che deve considerarsi indicativo e non esaustivo delle fattispecie di attività autorizzabili”* (lett. j);

Il regolamento disciplina poi la procedura di autorizzazione ed il sistema sanzionatorio in caso di violazioni.

Nel corso del 2019 il *data-base* documentale per la gestione del conflitto di interessi del personale IZSLER (servizio intranet di gestione e consultazione correlato al sistema documentale dell’Ente) verrà alimentato, a cura dell’U.O. Gestione delle Risorse umane e dei

Sistemi Informativi, con le informazioni ed i dati relativi agli incarichi extra-istituzionali ricoperti da tutti i dipendenti nell'ultimo triennio (gratuiti, onerosi, soggetti ad autorizzazione o meno, comprese le docenze) al fine di consentirne la verifica ed il monitoraggio in ordine alla compatibilità con le funzioni svolte in IZSLER ed alla insussistenza di conflitti di interessi. Si ribadisce infatti come la raccolta sistematica di dati e informazioni rilevanti in tale ambito costituisca il più efficace strumento a disposizione di chi ha compiti di autorizzazione e di controllo e consente di effettuare verifiche di carattere sostanziale e non meramente burocratico.

Nel 2018, con Decreto del Direttore Generale n.199/2018 è stata inoltre adottata una specifica disciplina per lo svolgimento delle attività istituzionali extramurarie da parte dei dipendenti dell'IZSLER, relativa, in particolare, alle attività di docenza. È indispensabile, in tale ambito, garantire a favore dei soggetti interessati procedure orientate a criteri di massima trasparenza e parità di trattamento. Nel corso del 2019 la predetta disciplina interna sarà oggetto di apposita verifica ed aggiornamento al fine di assicurarne la conformità alla vigente normativa e garantire la parità di trattamento di tutti gli interessati.

### **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).

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 2018, 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.

### **8.7 Attività successive alla cessazione dal servizio**

Ai fini della lotta alla corruzione e con l'obiettivo di scongiurare il prodursi di possibili effetti *contra ius* derivanti da un'ipotetica situazione di conflitto di interessi, l'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs.165/2001 (così come introdotto dall'art. 1, comma 42, lett. l) della l. 190/2012), introduce il divieto di *pantouflage*, ai sensi del quale "*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.*"

Tale norma costituisce un divieto-limite, volto ad evitare che il dipendente pubblico possa sfruttare la conoscenza delle dinamiche organizzative dell'ente ed i legami intessuti all'interno dello stesso, al fine di trarne vantaggi di natura patrimoniale e non, preconstituendosi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con il quale è entrato in contatto in pendenza del proprio incarico presso la pubblica amministrazione. Nello stesso tempo, come sottolineato nel PNA 2018, tale divieto mira anche ad evitare indebite ingerenze e condizionamenti dei privati in grado di incidere negativamente sullo svolgimento dei compiti istituzionali del dipendente pubblico, nella prospettiva di opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato il servizio. In quest'ottica, il limite triennale di operatività del divieto, decorrente dalla cessazione del rapporto di lavoro, deve essere letto nell'ottica di un temperamento delle esigenze di imparzialità della pubblica amministrazione con l'interesse dei lavoratori ad intrattenere rapporti con soggetti privati, posta la supremazia del primo interesse sul secondo.

Tale disciplina si applica indifferentemente a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni così come definite all'art. 1, comma 2, del d.lgs.165/2001, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo, intendendosi il divieto esteso a qualsiasi rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con soggetti privati destinatari dei poteri negoziali o autoritativi della pubblica amministrazione. In questo senso, i dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono da individuarsi in tutti i soggetti

che esercitano concretamente, per conto dell'ente, tali poteri, mediante l'adozione di provvedimenti amministrativi ed il perfezionamento di negozi giuridici grazie alla stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente. Il divieto di *pantouflage* deve considerarsi esteso tanto al dipendente che firma in concreto l'atto amministrativo, quanto a colui che abbia effettivamente partecipato al procedimento.

Come sottolineato da ANAC nel PNA 2018, inoltre, la nozione dei soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, deve essere interpretata nel senso più ampio, in modo da comprendere anche soggetti che, pur essendo formalmente privati, siano partecipati o controllati da una pubblica amministrazione.

La violazione del divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs.165/2001 comporta la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati. Accanto alla sanzione civilistica, si aggiunge una sanzione interdittiva-restitutoria, implicante il divieto per il lavoratore di contrarre, a qualunque titolo, con la pubblica amministrazione nei successivi tre anni, nonché l'obbligo di restituire tutti i compensi eventualmente percepiti. In merito alla verifica della violazione, si rammentano, da un lato, i poteri di vigilanza ed ispettivi (oltre che consultivi) assegnati ad ANAC, e, dall'altro, il dovere del RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione da parte di un ex dipendente, di segnalare la violazione medesima ad ANAC, all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio ed eventualmente anche all'ente presso cui è stato assunto.

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;
- previsione di agire 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***

Il settore dei concorsi pubblici per la selezione del personale risulta essere particolarmente delicato, anche in relazione alle ipotesi del verificarsi di casi di conflitti di interessi intercorrenti tra i membri delle commissioni di valutazione ed i candidati. Per tale ragione, al fine di garantire l'effettiva trasparenza, è necessario che vengano esplicitati i rapporti a qualsiasi titolo intercorsi o sussistenti fra i componenti della commissione giudicatrice ed il candidato. In proposito, l'art. 11, comma 1, del D.P.R. 487/1994 prevede, che i componenti delle commissioni, dopo aver preso visione dell'elenco dei partecipanti, debbano sottoscrivere una dichiarazione attestante la non sussistenza di situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile.

Come ribadito da ANAC con delibera n. 209 del 1 marzo 2017, i principi generali in materia di astensione e ricsuzione del giudice, previsti dall'art. 51 e dall'art. 52 del c.p.c., trovano infatti applicazione anche nello svolgimento delle procedure concorsuali, in quanto strettamente connessi al trasparente e corretto esercizio delle funzioni pubbliche. Nel caso in cui ricorra una delle ipotesi di cui all'art. 51 c.p.c., è pertanto obbligo del componente interessato astenersi e dovere della pubblica amministrazione disporre la sua sostituzione.

La giurisprudenza amministrativa ha, inoltre, interpretato restrittivamente tale obbligo di astensione, sottolineando come operi solo nelle ipotesi previste dall'art. 51 c.p.p., da

intendersi in senso tassativo e senza possibilità di applicazione ed estensione analogica, e non, quindi, in qualsiasi potenziale situazione di conflitto di interessi, ravvisabile ai sensi dell'art. 6-bis della l. 241/90 (da ultimo, Consiglio di Stato, sent. n. 1628/2016, in riforma di Tar Abruzzo, sez. Pescara, 22.10.2015, n. 402).

Giova ricordare, sempre per giurisprudenza costante e come ribadito dalla richiamata delibera ANAC, che affinché sussista un'ipotesi di conflitto di interessi fra un componente della commissione giudicatrice ed un candidato, l'eventuale sussistenza di collaborazione professionale o comunanza di vita deve essere di particolare intensità e tale situazione può ritenersi esistente solo se *"detta collaborazione presenti i caratteri della sistematicità, stabilità, continuità tali da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale"*.

Inoltre, 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 inconferibilità 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**

All'interno delle strategie di contrasto alla corruzione, si può isolare uno strumento di matrice preventiva e di indubbio interesse, nato sotto l'influenza dell'esperienza anglosassone e americana: il *whistleblowing* (letteralmente: *"soffiare il fischietto"*).

Con tale istituto, disciplinato dall'art. 54 del d.lgs.165/2001, si intende garantire tutela ai soggetti che segnalano condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Il citato art. 54 bis del d.lgs. n. 165/01, come introdotto dalla L. n. 190/2012, è stato riformato, da ultimo, dalla L. 30 novembre 2017 n. 179, la quale 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 pubbliche amministrazioni, nonché ai lavoratori del settore privato.

L'oggetto della segnalazione, ossia la *"condotta illecita"*, corrisponde al paradigma *"corruzione"* intesa in senso ampio, così come previsto dalla circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013, *"comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi"*.

Il PTPCT 2018-2020 prevedeva come obiettivo l'aggiornamento della procedura di gestione delle segnalazioni di illeciti per renderla del tutto conforme all'intervento legislativo in materia

(Legge 30 novembre 2017 n. 179). Nel medesimo Piano si precisava, inoltre, che l'aggiornamento sarebbe avvenuto sulla scorta delle emanande Linee Guida dell'ANAC previste dal comma 5 dell'art. 54 bis del decreto legislativo 165 del 2001.

Nonostante le predette Linee Guida non siano ancora state emanate, si è comunque deciso di presentare alla Direzione Generale una proposta di regolamento, il tutto per conformare le procedure di *whistleblowing* dell'IZSLER alla normativa vigente. Tale proposta, nello specifico, estende il novero dei possibili autori della segnalazione anche ai collaboratori delle imprese fornitrici dell'Istituto. Inoltre, si è ritenuto opportuno, stante il raro utilizzo del sistema informatico dell'IZSLER, prevedere la possibilità per il dipendente di segnalare le condotte corruttive direttamente all'ANAC per mezzo del sistema predisposto dall'Autorità stessa. Tale previsione è volta ad incoraggiare il *whistleblower* nella segnalazione degli illeciti ed irregolarità tramite canali distinti e indipendenti da quelli in uso presso l'IZSLER. Nella bozza di regolamento vengono altresì esplicitate le forme di tutela del segnalante che non può essere – per motivi connessi alla segnalazione – soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

Ad ogni modo si ribadisce che siffatta proposta sarà comunque destinata ad essere integrata e rivista nel momento in cui verranno emanate le predette Linee Guida ANAC.

A regolamento emanato, si svolgerà un'apposita giornata formativa volta ad illustrare gli strumenti di tutela del dipendente che segnala illeciti.

### **8.10 Formazione del personale**

La formazione costituisce uno degli assi portanti per garantire l'affermazione della legalità e la buona amministrazione.

La centralità della formazione come misura idonea e parimenti indispensabile alla prevenzione della corruzione è ben delineata non solo da ANAC nei vari PNA, ma anche dal legislatore, che già nella l. 190/2012, la qualificava come strumento specifico e specialistico idoneo alla mitigazione del rischio corruttivo e come mezzo indispensabile per incidere sulla "cultura amministrativa" e cioè, come enunciato dall'art. 1 (co. 9 lett. b), sui "meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni".

A tal fine, come ben evidenziato da ANAC nel PNA 2015, è necessario che l'attività formativa non sia solo di carattere generale, ma venga strutturata in modo specifico, assumendo connotati di volta in volta differenti in base ai soggetti nei cui confronti si rivolge (RPCT, dirigenti, responsabili degli uffici, dipendenti). Le specificità deve toccare anche il profilo dei contenuti della formazione in virtù del suo delinarsi diversamente in base alle varie fasi individuate come prodromiche alla prevenzione del rischio corruttivo (mappatura dei processi; individuazione e valutazione del rischio; identificazione delle misure di prevenzione).

La formazione, inoltre, 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 una migliore 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.

Nel rispetto dei succitati livelli, nel corso del 2019 saranno realizzate iniziative formative sia in aula sia in modalità FAD.

Nel PTPCT 2018-2020 si prescrivevano vari interventi formativi con l'obiettivo essenziale di approfondire le tematiche relative all'etica, alla responsabilità degli *stakeholder* e alle *best practice* in materia di trasparenza.

Nel 2018 si è tenuto quindi un seminario, articolato in due edizioni con lo scopo di incentivare all'interno dell'Ente una dimensione etica "*sostenibile*". L'etica, infatti, non deve limitarsi all'enunciazione di valori distanti rispetto all' esigenze di funzionalità, ma deve essere una connotazione che caratterizza tutta l'attività amministrativa e ne favorisce il funzionamento. Il primo presupposto dell'etica, infatti, è l'esercizio consapevole del ruolo rivestito, sia in relazione al contesto organizzativo sia nei riguardi delle aspettative di contesto esterno.

In data 22 novembre 2018 si è tenuto l'evento formativo dal titolo "*L'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la gestione delle richieste di accesso*". Il corso ha avuto ad oggetto la disciplina contenuta nel d.lgs. n. 33/2013 (come modificato dal d.lgs. n. 97/2016), con particolare riferimento all'accesso, i compiti e le funzioni dell'Ufficio Relazioni col Pubblico e il nuovo regolamento in materia organizzazione e funzionamento dell'ufficio per la relazioni con il pubblico (URP).

Infine, è proseguito nel 2018 il corso FAD illustrativo delle principali disposizioni del vigente Codice di Comportamento e della disciplina relativa all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi<sup>36</sup>.

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

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. n.97/2016, alle strutture amministrative viene comunque richiesto di rendicontare i tempi di conclusione dei procedimenti di competenza e di trasmettere la relativa reportistica al Direttore Amministrativo.

Per quanto riguarda l'area sanitaria e quindi l'erogazione delle relative prestazioni, risulta fondamentale il monitoraggio dei tempi di esecuzione delle analisi e trasmissione dei rapporti di prova, che deve comunque tener conto della priorità assegnata ai campioni conferiti nell'ambito di controlli ufficiali. Tramite un *link* sul sito istituzionale è possibile accedere al contenente i tempi di risposta che vengono costantemente monitorati dalla Direzione Sanitaria.

L'individuazione delle modalità *standard* di rendicontazione per il Direttore Amministrativo e sanitario -per le aree di rispettiva competenza - dei tempi di conclusione dei procedimenti

---

<sup>36</sup> Tale corso è stato seguito dalla totalità dei dipendenti.

amministrativi e di effettuazione delle analisi, prevista dal precedente Piano, non è stata ancora attuata, stante il protrarsi della riorganizzazione dell'Istituto.

Diversamente da quanto previsto, al RPCT non è stato trasmesso il monitoraggio sui tempi di conclusione dei procedimenti relativi all'anno 2018.

### **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 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.

Al fine di monitorare il rispetto di tale obbligo, annualmente (entro il 31 gennaio) viene trasmesso da parte delle strutture interessate un apposito report al Direttore Amministrativo.

Per quanto riguarda la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica (accordi di collaborazione scientifica, convenzioni aventi ad oggetto attività formativa, accordi per l'esecuzione dei progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo 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. Tali dichiarazioni vengono verificate dal dirigente responsabile della struttura complessa di appartenenza, ovvero per quest'ultimo dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo.

Tali misure sono confermate anche per il 2019.

### **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'Autorità. 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 generalizzato ;
- 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.190/2012 .

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 espletate ;

• Non sono obbligati ad applicare ulteriori misure di prevenzione della corruzione.

Le pubbliche amministrazioni 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.

<b>TAB. N. 1            ENTI DI DIRITTO PRIVATO IN CONTROLLO PUBBLICO</b>	
<b>SOCIETÀ IN CONTROLLO PUBBLICO</b>	<b>ALTRI ENTI (DIVERSI DALLE SOCIETÀ) IN CONTROLLO PUBBLICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>);</li> <li>• 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>);</li> <li>• 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>);</li> <li>• 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>).</li> </ul> <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"> <li>a. con un bilancio maggiore di euro 500.000;*</li> <li>b. la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi consecutivi negli ultimi tre anni da P.A.;</li> <li>c. la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo sia designata o nominata da P.A.</li> </ol> <p>Tutti e tre i requisiti devono sussistere contemporaneamente. * per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14).</p>

<b>TAB. N. 2 - ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO</b>	
<b>SOCIETA' PARTECIPATE</b>	<b>ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO</b>
<p>Sono tali le società solo partecipate da P.A. che svolgono attività di pubblico interesse.</p> <p>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> <p>a) abbiano un bilancio superiore a 500.000*;</p> <p>b) svolgano attività di pubblico interesse, intendendosi per tale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attività di esercizio di funzioni amministrative o</li> <li>• attività di produzione di beni e servizi a favore di P.A. o</li> <li>• attività di gestione di servizi pubblici.</li> </ul> <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.</p> <p><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 2017<sup>37</sup>. 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

<sup>37</sup> 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.

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. Gestione Servizi Contabili – 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 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), allo scopo ultimo di avere la possibilità di partecipare al Piano di Sviluppo Locale nell’ambito del Programma di Sviluppo della Regione Lombardia e di accedere ai relativi finanziamenti. Tuttavia l’esclusione del GAL Golem dal predetto Programma ha determinato la carenza di interesse per l’IZSLER a proseguire la partecipazione societaria. Conseguentemente, con decreto del Direttore Generale n.538/2018, l’Istituto ha formalizzato il proprio recesso dalla società consortile.

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 privato:

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

### **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 inconfiribilità 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 approvava i PTPC e

PTTI per gli anni 2016-2018<sup>38</sup>. 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<sup>39</sup>. Per tale ragione, con nota del 18 gennaio 2017, il Direttore Amministrativo dell'IZSLER, ha comunicato a tutti gli IZZSS 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.

### **Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche**

La Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche è un 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

<sup>38</sup> E' utile ricordare che A.I.Z.S., non ha dipendenti. La limitata attività è assicurata dagli uffici amministrativo dell'IZSLER.

<sup>39</sup> 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).

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'IZSLER<sup>40</sup>.

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.

Uguualmente, 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 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.

## **9 Relazione annuale 2018**

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 2019 (cfr. Comunicato del Presidente dell'ANAC del 21 novembre 2018), al fine di consentire di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse alla predisposizione del Piano.

---

<sup>40</sup> Si veda in particolare l'esemplificazione delle attività di interesse pubblico operata da ANAC a pag. 19 delle nuove linee guida.

## PARTE IV- PIANIFICAZIONE TRIENNIO 2019-2021

### 10 Il processo di gestione del rischio - metodologia

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 rischio 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:

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

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



#### 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.

Poiché l'attività di mappatura e l'analisi dei processi organizzativi non nasce né ha rilevanza esclusivamente nell'ambito della gestione del rischio corruttivo, sarebbe auspicabile introdurre una "organizzazione per processi" in relazione all'intera attività istituzionale dell'Ente (e non solo per ciò che rileva ai fini della prevenzione della corruzione). La mappatura e l'analisi dei processi costituiscono, infatti, metodologie di rappresentazione delle attività di una organizzazione e, come tali, si pongono in termini generali come attività prodromiche e

strumentali a diverse finalità aziendali (determinazione del fabbisogno di personale, gestione delle *performance* aziendali, ecc.). Dalla mappatura e dall'analisi dei processi – in tale ottica da considerare una funzione tipicamente direzionale – il RPCT attinge per l'individuazione dei processi a rischio corruttivo. Ciò tuttavia comporta che il lavoro di mappatura debba essere realizzato in modo completo (soluzione ideale è che i processi venissero mappati e gestiti dalla struttura che in Istituto si occupa di qualità) e necessita - quale presupposto indispensabile - della messa a disposizione da parte dei di strumenti informatici idonei a registrare e rappresentare “per processi” l'intera attività dell'Ente.

## **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.

### **10.2.1 Identificazione 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 B e C 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 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 dalla Dirigenza Amministrativa e dalla Dirigenza Sanitaria – per i settori di rispettiva competenza -, 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 verificata e valutata dal Gruppo di supporto e dal RPCT.

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

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

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

### **10.2.2 Analisi del rischio**

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

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

<b>INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ</b>	<b>INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO</b>
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  $VCR = P \times I$ .

### **10.2.3 Ponderazione del rischio**

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:

<b>TRASCURABILE</b>	<b>MEDIO</b>	<b>RILEVANTE</b>	<b>CRITICO</b>
<b>Da 1 a 3</b>	<b>da 3,1 a 6</b>	<b>da 6,1 a 12</b>	<b>da 12,1 a 25</b>

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, 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:

- a) 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 B e C 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 misure.

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 e la rendicontazione, 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 Il processo di gestione del rischio in IZSLER**

Nel triennio 2014-2016, ciascuna struttura dell'Istituto ha svolto la mappatura dei processi di rispettiva afferenza, al fine di rispondere agli obblighi posti dalla legge 190/2012.

Al fine di strutturare l'intero ciclo di gestione del rischio e renderlo efficace, nel 2017 è stato avviato in Istituto, su input del RPCT, un importante lavoro in merito quale si tracciano di seguito i passaggi principali:

1. a fronte di uno specifico obiettivo previsto nel PTPCT 2017-2019 avente ad oggetto l'*"individuazione del sistema per la valutazione del rischio più adeguato alla natura delle attività dell'IZSLER"*, è stato definitivamente adottato il sistema previsto dall'ANAC nell'allegato 5 del PNA 2013;

2. è stato realizzato dai Sistemi Informativi dell'Ente un apposito applicativo informatico per la gestione e rendicontazione dei processi;
3. è stato istituito il Gruppo di Supporto al RPCT, con funzioni specifiche nell'ambito della gestione del rischio (di cui al paragrafo 4.6 del Piano);
4. è stata 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. Accanto ad una formazione in aula di carattere generale a favore dei dirigenti interessati, sono stati organizzati specifici incontri di laboratorio con i dirigenti di struttura coinvolti nel lavoro di mappatura;
5. a seguito di tale percorso formativo i dirigenti responsabili di struttura hanno elaborato 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;
6. le schede di gestione del rischio – come redatte dai dirigenti di struttura - 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.;
7. 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. Nell'ambito del lavoro svolto nel corso del 2017, 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, al fine di far emergere più chiaramente i rischi corruttivi e apportare misure di contrasto efficaci. Per quanto riguarda i processi amministrativi, ciascun dirigente di struttura ha individuato autonomamente i processi relativi all'unità organizzativa di competenza;
8. 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 30.10.2017 di seconda modifica del PTPCT 2017 - 2019.

Sulla base delle criticità emerse in fase di rendicontazione e di monitoraggio delle misure relative al 2017, i dirigenti sanitari ed amministrativi hanno apportato alcune modifiche ai rispettivi processi e alle correlate misure, modifiche recepite poi nel Piano 2018-2020.

Nel corso del 2018 è stata effettuata una nuova ampia revisione dei processi aziendali, delle misure di prevenzione e dei relativi target ed indicatori, su impulso del RPCT insieme ai suoi collaboratori. A partire dal mese di agosto, il RPCT ha provveduto a riesaminare i processi aziendali, sottoponendo sistematicamente il lavoro di revisione ai dirigenti delle strutture interessate ed al Gruppo di Supporto.

I processi, come rivisti dal RPCT, sono stati altresì trasmessi al Nucleo di Valutazione che ha formulato le proprie osservazioni e valutazioni.

Le schede definitive dei processi, come proposte dai dirigenti di struttura, sono state verificate

ed in parte integrate/emendate dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, tenendo conto anche delle osservazioni del Nucleo di Valutazione e dell'esito degli audit effettuati dai due Direttori.

I processi amministrativi e sanitari, con le relative misure, sono stati definitivamente validati, in termini di completezza, efficacia e sostenibilità, rispettivamente dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario e costituiscono gli allegati B e C del presente Piano.

## 12 Programmazione delle misure anni 2019-2021

### 12.1 Obiettivi e descrizione delle misure

La programmazione delle misure e delle azioni per il triennio 2019- 2021 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 2019- 2021, sono programmate in dettaglio solo per l'anno 2019, nella relativa scheda programmatica allegata al Piano (allegato E).

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 2020-2022	31.01.2020
Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2020	28.02.2020
Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.05.2020
Monitoraggio finale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.10.2020
Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2020	31.12.2020
Predisposizione del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	31.01.2021
Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2021	28.02.2021
Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.05.2021

Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.12.2020
Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2021	31.12.2021

## PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA

### 13 Premessa

In una prospettiva preventiva della corruzione, la trasparenza viene individuata come uno dei “tre pilastri” indispensabili. *L’accountability*, ossia il dar conto al cittadino dell’operato della pubblica amministrazione si sostanzia nella necessità di massima trasparenza dell’azione pubblica in combinato disposto con la piena accessibilità agli atti e alle informazioni in possesso all’ente. Divenuto un caposaldo nell’ambito dell’azione amministrativa grazie all’imposizione del regime di pubblicità obbligatoria nei confronti di alcune specifiche informazioni sui siti istituzionali di tutti gli enti pubblici (disposta con la legge 6 novembre 2012, n. 190) tale principio è poi stato cristallizzato nel decreto legislativo n.33/2013 ed implementato per il tramite del successivo intervento del 2016 (d.lgs.25 maggio 2016, n. 97) che garantisce al cittadino l’ulteriore diritto di accedere a tutti i documenti ed atti in possesso della P.A., diversi da quelli già pubblicati.

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 coerente 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 realizzazione della trasparenza, nonché per l’attività di verifica sull’adeguatezza del livello di trasparenza raggiunto, ci si è riferiti alle linee guida ed agli indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione. In particolare:

- **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 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.

All’interno di tale quadro di riferimento vengono 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.

Sono intervenuti, inoltre, i seguenti comunicati del Presidente di ANAC:

- 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)”;
- Comunicato del 7 marzo 2018 “Determinazione dell'8 marzo 2017 n.241 *“Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del d.lgs. n.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 alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art.14, co. 1-ter, ultimo periodo del d.lgs. n.33/2013”;
- Comunicato del 16 marzo 2018 “Obbligo di adozione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione con validità 2018- 2020”, il quale chiarisce come a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs.97/2016, il PTPC deve essere integrato con il Programma per la trasparenza: “la necessaria integrazione degli obiettivi di trasparenza con il Piano della Performance necessita di una loro previsione annuale nell'ambito della programmazione su base triennale”.

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 l'obiettivo di sollecitare ed agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività; incarna, inoltre, una delle misure principali atte a prevenire episodi corruttivi.

L'Istituto per assicurare un costante confronto sulle problematiche relative al tema della Trasparenza garantisce la partecipazione al Gruppo Interaziendale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Lombardia, 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, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, ASST Lariana, Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori.

#### **14 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, infatti, 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, co. 3, D.lgs.33/2013 conferma per il triennio 2019-2021 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.

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

In democrazia, per rafforzarne i valori e le istituzioni, è necessario individuare quello che non funziona o che è migliorabile. La libertà di accesso è nata per questo: per permettere alle democrazie di evolvere attraverso la partecipazione dei cittadini e per metterne a nudo le debolezze attraverso il controllo.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, vera novella della riforma della trasparenza amministrativa, è stato introdotto dal d.lgs. n. 97/2016 ed è entrato in vigore il 23 dicembre 2016.

Per accettare la sfida del nuovo accesso, questo Istituto ha individuato le soluzioni organizzative più adeguate, tra le quali - in *primis* - quella di valorizzare le risorse interne che dialogano con gli uffici che detengono i dati richiesti, ma anche quelle di raccogliere le richieste di accesso pervenute in un apposito registro, imparare a dialogare con i cittadini che richiedono dati e informazioni attraverso una cooperazione attiva, archiviare e catalogare dati e documenti per rispondere efficacemente alle richieste senza appesantire il lavoro degli uffici.

Per tale ragione è stato introdotto in Istituto nel corso del secondo semestre del 2017 il nuovo regolamento in materia di diritto di accesso, i cui contenuti sono stati illustrati in occasione della Giornata della Trasparenza intervenuta il giorno 19 dicembre 2017, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, e rivolta alla dirigenza sanitaria ed amministrativa.

Nei mesi immediatamente successivi è stata quindi predisposta una modulistica dettagliata ad uso interno. Essa, in particolare, ha avuto la finalità di fornire ai dirigenti detentori dei documenti/dati/informazioni oggetto della richiesta di accesso - e per tal ragione individuati come responsabili del procedimento - una risposta standard, adeguata alle singole casistiche, a disposizione del dirigente stesso. Tale modulistica, suddivisa a seconda della tipologia di accesso in uso (accesso documentale/accesso civico generalizzato) e inserita nella rete *intranet* aziendale, non ha ovviamente la pretesa di essere vincolante, bensì vuole costituire un valido supporto per consentire l'individuazione dei potenziali riscontri da dare al richiedente l'accesso, a seconda della fase specifica in cui viene a trovarsi il responsabile all'interno del procedimento. Ne è tuttavia raccomandato il suo utilizzo, al fine di omologare il più possibile le tipologie di risposte da rilasciare verso l'esterno.

Una misura programmata per l'anno 2018 consisteva nella **“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. Così, già nel mese di aprile, è stata organizzata una giornata formativa dal titolo “Dal bisogno di conoscere al diritto di conoscere: l'evoluzione normativa del diritto di accesso dalla legge n. 241/90 al d.lgs. n. 97/2016”, in cui sono intervenuti relatori esterni allo scopo di fornire al personale con funzioni dirigenziali o - comunque - apicali dell'amministrazione un'adeguata formazione, che consenta loro di assimilare le nuove procedure e di partecipare ai processi che ne determineranno l'evoluzione e l'adeguamento nei prossimi anni, verificandone l'efficacia e l'efficienza in base alla *mission* e alle caratteristiche specifiche dell'ente.

Come già in precedenza evidenziato, è stata fornita nel mese di novembre 2018 una specifica formazione interna, della durata di tre ore, rivolta al personale amministrativo per l'acquisizione delle conoscenze riferite alle procedure di gestione nell'ambito dei servizi

URP e in materia di accesso.

Ancora prima dei due eventi formativi, la preoccupazione di affiancare i dirigenti sanitari che si sono trovati ad affrontare per la prima volta queste nuove procedure a rilevanza esterna ha comportato la necessità di prevedere degli specifici interventi mirati a supportare con le proprie strutture amministrative i dirigenti nell'*iter* di evasione della domanda di accesso.

Anche per l'anno 2019 interverranno dei momenti formativi, tesi alla sensibilizzazione massima di tutte le componenti dell'ente, sanitarie ed amministrative, ad una logica di ampliata trasparenza, oltre che al nuovo concetto di massima accessibilità ai dati/documenti/informazioni di cui l'Istituto è in possesso, così come introdotto con il d.lgs. n. 97/2016. In particolare si cercherà di affrontare le due tematiche della trasparenza e dell'accesso, in coordinamento con un altro tema di grande attualità e rilevanza per la pubblica amministrazione: la privacy.

A tal proposito, nel **primo semestre 2019** verrà rivista la modulistica ad uso dell'utenza con lo scopo di consentire l'inserimento dei richiami corretti alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Nell'anno 2018 è stato attivato in materia di trasparenza un monitoraggio periodico (31 maggio/30 novembre) per la valutazione del raggiungimento o meno del 100% del target in ordine al "**rispetto delle tempistiche adottate dal regolamento**" da parte delle strutture competenti. Tale monitoraggio ha avuto un riscontro positivo, tenuto conto che in entrambi i periodi il target è stato raggiunto al 100%.

Così si proseguirà anche per l'anno 2019 a tenere monitorato, con la medesima periodicità, il rispetto delle tempistiche adottate dal regolamento nell'ambito dei procedimenti in materia di accesso.

In attuazione delle Linee Guida ANAC recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2, del d.lgs.33/2013 (Delibera n. 1309 del 28.12.2016) e della Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2017 avente ad oggetto "*Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*" è stato creato uno strumento operativo interno per la gestione del **registro delle richieste di accesso** presentate all'ente.

Le Linee Guida ANAC raccomandavano infatti una sua creazione, con il fine di consentire: a) una raccolta organizzata delle richieste pervenute; b) un monitoraggio interno delle richieste e dei loro esiti al fine di favorire un'armonizzazione delle decisioni su istanze identiche o simili; c) una consultazione da parte dei cittadini.

Se, perciò, già dal mese di luglio 2017 si è appositamente proceduto alla pubblicazione di un registro degli accessi su semplice supporto *excel*, tenuto conto dei contenuti indicati dalla sopra citata Circolare n. 2/2017, è solo a partire dal mese di aprile 2018 che, in attuazione del PTPCT 2018-2020, è stato realizzato un modulo software per la gestione e pubblicazione di tale registro, integrato con il sistema interno di archivio- protocollo.

Tale modulo software è stato realizzato, oltre che sulla base della Circolare n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, tenendo conto del successivo documento prodotto dal medesimo Dipartimento e contenente indicazioni operative per la "Realizzazione del registro degli accessi basata sui sistemi di protocollo informatico".

La documentazione del Dipartimento della Funzione Pubblica parla di "registro degli accessi", anche se si riferisce in particolare al registro degli accessi civici generalizzati. Per meglio caratterizzare ognuno dei registri con i dati utili per i diversi tipi di accesso previsti dalla normativa e considerati gli spazi di flessibilità previsti per la singola P.A., sono stati differenziati e realizzati in versione "*custom*" sia il sistema interno di gestione che i report in formato aperto (CSV) dei tre registri per la pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del portale dell'Istituto.

In conformità con quanto suggerito dalla Circolare n. 2/2017, l'Istituto provvede ogni

trimestre all'aggiornamento della pubblicazione del registro degli accessi.

Venendo ora ai dati numerici, nel corso dell'anno 2018 sono pervenute all'Istituto n. 22 richieste di accesso documentale, di cui n. 8 relative a documentazione sanitaria e n. 14 relative a documentazione amministrativa.

Molte richieste in ambito amministrativo hanno avuto ad oggetto l'accesso a documentazione inerenti procedimenti di tipo concorsuale. Altrettante, come più di consueto accade, sono state le richieste relative a documentazione collegata alla partecipazione a gare d'appalto.

Le richieste di accesso civico generalizzato pervenute all'Istituto sono state invece n. 3, esclusivamente di carattere sanitario.

Non sono invece state registrate richieste di accesso civico semplice.

#### ***14.2 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<sup>41</sup>.

Nei mesi di settembre e dicembre 2018 il RPCT ha svolto il monitoraggio delle pubblicazioni dell'intera sezione "Amministrazione Trasparente" con riferimento ai contenuti delle pubblicazioni, al rispetto dei tempi di pubblicazione ed aggiornamento nonché alla corrispondenza di quanto pubblicato con quanto previsto nel PTPCT 2018-2020. A ciò aggiungasi l'attestazione, con riferimento alla data del 31.03.2018, del Nucleo di valutazione delle prestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi della delibera ANAC n.141/2018. Nel documento, il Nucleo di valutazione delle prestazioni attestava la "veridicità e l'attendibilità" di quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Oltre ciò, il Nucleo rilevava come l'Istituto avesse individuato le misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" nonché, come richiesto dalla norma, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art.10 del d.lgs.33/2013.

Anche per l'anno 2019 le attività e gli interventi relativi alla realizzazione della trasparenza saranno orientati al consolidamento della struttura organizzativa del sistema, tenuto conto del sotteso sistema di competenze e responsabilità finalizzato al miglioramento della qualità delle pubblicazioni.

L'articolo 8, comma 3 del decreto legislativo n.33 prevede che *"i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali [...]. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5"*. Considerato che la prima scadenza del termine generale di pubblicazione (5 anni) coincide con il 31 dicembre 2018, attività rilevante per il 2019, anche in termini organizzativi, riguarderà il censimento di tutti i contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" per i quali sono scaduti i termini di pubblicazione e la conseguente eliminazione di tali contenuti dalla sezione.

#### ***14.3 Sviluppo e implementazione di idonee soluzioni informatiche a supporto delle pubblicazioni nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente": il sistema di monitoraggio delle pubblicazioni e il sistema di profilazione degli utenti.***

<sup>41</sup> Articolo 1, comma 1 della legge n.241/1990 "L'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza secondo le modalità previste dalla presente legge e dalle altre disposizioni che disciplinano singoli procedimenti, nonché dai principi dell'ordinamento comunitario."

Al fine di dare completa attuazione alle disposizioni normative in tema di verifica e monitoraggio dei contenuti pubblicati, nel corso del 2018 il sistema di gestione è stato completato con due importanti interventi: è stato avviato il sistema informatico per la verifica ed il monitoraggio dei contenuti pubblicati ed è stato adottato e messo in produzione il sistema di profilazione degli utenti che operano nel sistema (RPCT, dirigente responsabile, referente ed operatore) coerente rispetto ai differenti profili di responsabilità che il legislatore medesimo attribuisce ai diversi attori, nell'ambito del sistema di gestione della sezione.

Elemento fondamentale a garanzia dello sviluppo della trasparenza, secondo un modello organizzativo codificato e regolato, era l'individuazione di una soluzione gestionale adeguata alla pubblicazione delle informazioni ed idonea a garantire l'attività di monitoraggio e verifica dei contenuti pubblicati in termini di completezza, aggiornamento ed idoneità del formato.

Il legislatore ha infatti distinto i differenti ruoli, individuando nel RPCT il soggetto deputato a svolgere stabilmente un'attività di controllo sui contenuti pubblicati e nei dirigenti responsabili i soggetti tenuti a garantire *“il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”*<sup>42</sup>. Pertanto il RPCT avviava la progettazione di un sistema informativo, integrato nel sistema di gestione di *“Amministrazione trasparente”*, finalizzato a supportare l'attività di monitoraggio. Il sistema così definito, e come dettagliato successivamente, è stato organizzato secondo i contenuti dell'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui ai PTPCT dell'Istituto e di cui alla delibera ANAC n.1310/2016 e permette la verifica dei contenuti pubblicati secondo un giudizio di idoneità nei termini della completezza, dell'aggiornamento e del formato dei dati pubblicati, garantendo il confronto diretto fra obblighi e contenuti nonché il raffronto fra verifiche effettuate. In tutti i casi in cui poi la fase della pubblicazione risulta essere integrata con il sistema di gestione documentale il sistema provvede a verifiche automatiche dei contenuti pubblicati.

Al termine di ogni monitoraggio il sistema permette l'estrazione di reportistica che, a partire dall'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al PTPCT ed alla griglia di cui alla deliberazione ANAC n.1310/2016, fornisce gli esiti del monitoraggio, attribuendo un giudizio di idoneità/non idoneità di ogni contenuto pubblicato. Per ogni obbligo è previsto un campo *“Note”* in cui sono evidenziate le osservazioni, richieste di integrazione e modifica. In coerenza con quanto disposto dal legislatore in tema di responsabilità dei dirigenti (si ricordi infatti che, ai sensi dell'art. 46 del d.lgs.33/2013, l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla succitata normativa può implicare in capo al dirigente che se ne fa carico il prospettarsi di *“responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale”*), preliminarmente ad ogni monitoraggio calendarizzato, i dirigenti interessati rendono al RPCT formale dichiarazione, con assunzione di responsabilità, di aver correttamente ed esaurientemente adempiuto ai propri obblighi. È proprio a partire da tale dichiarazione che il RPCT svolge i monitoraggi programmati.

L'Istituto, come già precisato nel PTPCT 2018-2020, ha adottato un modello organizzativo per la gestione della trasparenza con profilazioni coerenti con gli ambiti di competenza e responsabilità degli attori del processo. Pertanto, nel corso del 2018 si è provveduto ad adeguare il sistema informatico di gestione della trasparenza così da renderlo coerente al modello organizzativo adottato, individuando e profilando coerentemente i diversi attori del processo e vincolando le azioni di ciascuno nell'ambito del sistema ai profili di competenza e responsabilità.

Con riferimento a quanto sopra, nel corso del 2019 sarà indispensabile provvedere a sedimentare i nuovi sistemi così da garantire da un lato la rispondenza alla norma e d'altro

---

<sup>42</sup> Articolo 43 del decreto legislativo n.33/2013 e smi., rubricato *“Responsabile per la trasparenza”*.

canto l'aderenza all'organizzazione dell'Istituto, provvedendo alla risoluzione delle fisiologiche criticità emergenti con l'utilizzo del sistema.

## **15 La definizione della *governance* per garantire l'esercizio del diritto di accesso civico "generalizzato". Misure organizzative.**

In linea con quanto iniziato negli anni 2017-2018, compito dell'Istituto anche per l'anno 2019 sarà quello di assicurare la diffusione massima delle conoscenze riferite alle procedure di gestione delle richieste di accesso.

All'interno dell'Istituto è confermata la presenza di un "**centro di competenza**" (c.d. *help desk*) che assista gli uffici e il cittadino nella trattazione delle singole domande. In tale senso, il regolamento ha consegnato tale funzione all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)**.

In particolare, un'azione di implementazione del servizio di consulenza al cittadino permetterebbe il prodursi di un circolo virtuoso - "circuiti della trasparenza" -, nel quale il richiedente verrebbe guidato nell'operazione di una precisa identificazione dell'oggetto dell'istanza e nell'accurata selezione del canale d'accesso più adeguato alle sue esigenze.

L'obiettivo finale non sarebbe altro che quello di consentire la necessaria evoluzione del rapporto tra amministrazione e cittadino, frutto dei cambiamenti normativi degli ultimi anni che hanno posto ancora di più al centro dell'azione amministrativa quell'esigenza di conoscere fortemente avvertita dalla cittadinanza.

Questa *openness* (atteggiamento di apertura e di disponibilità) non è solo un'opzione etica o uno stile di condotta, ma è, soprattutto, l'**unico** modo in cui una pubblica amministrazione può sopravvivere.

L'*help desk* è chiamato inoltre ad approfondire ciò che rappresenta il "diritto vivente", sorto con l'entrata in vigore il 23 dicembre 2016 del nuovo accesso civico. Diventa così prioritaria un'azione di aggiornamento che abbia ad oggetto non solo la giurisprudenza amministrativa discendente dai ricorsi ai dinieghi della P.A., ma anche le pronunce del Garante per la protezione dei dati personali (38 solo nel 2017), che in questi ultimi due anni ha avuto modo di consolidare un indirizzo interpretativo particolarmente rilevante in ordine al bilanciamento tra tutela dei dati personali (dei terzi) e la trasparenza.

Anche alla luce di queste nuove attribuzioni affidate all'U.R.P. e al fine di definire puntualmente le funzioni, i compiti, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Ufficio, nel corso dell'anno 2018 è stato interamente revisionato il Regolamento dell'U.R.P., adottato dall'Istituto con delibera del Direttore Generale n. 664 del 22.12.2011.

Il nuovo "*Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico*" è stato adottato con decreto del Direttore Generale n. 484 in data 13.11.2018 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Nell'ambito del procedimento ad istanza di parte, rivolto all'ottenimento della documentazione/dati/informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione (c.d. accesso civico generalizzato) sono individuate quali figure centrali 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, secondo quanto stabilito nel regolamento interno in materia di diritto di accesso.

Tale scelta, si ribadisce, ha la duplice finalità di consentire, da una parte, 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 coerenza ed omogeneità nelle risposte.

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

Come formalmente rilevato nel corso dell'anno 2018 da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in occasione dell'annuale verifica disposta da ANAC sui contenuti

pubblicati, l'Istituto ha individuato "misure organizzative" in grado di assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati. Pertanto, a partire dal modello di *governance* individuato con il PTPCT 2018-2020, si definisce qui di seguito lo sviluppo di tale modello per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs.33/2013, anche alla luce delle novità normative relative al tutela dei dati personali:

RESPONSABILE	COMPITI
RPCT	<p>Predisporre la proposta di aggiornamento annuale del PTPCT - sezione Trasparenza;</p> <p>Svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni.</p>
Dirigenti/direttori responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	<p>Assicurare la tempestiva pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente", ovvero garantire il tempestivo e regolare flusso dei dati delle informazioni e dei documenti da pubblicare (nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge);</p> <p>Curare la raccolta, aggregazione e messa a sistema del contenuto informativo ai fini della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" secondo i criteri di qualità delle informazioni richieste dal d.lgs. n.33/2013;</p> <p>Garantire la completezza delle pubblicazioni con assunzione di responsabilità rispetto ai contenuti pubblicati, anche con riferimento agli aspetti della tutela della riservatezza e del corretto trattamento dei dati personali;</p> <p>Rimuovere i dati, i documenti o le informazioni decorso il periodo dell'obbligo di pubblicazione di cui all'articolo 8 del d.lgs. n.33/2013 nonché in altre disposizioni previste nel medesimo decreto per specifici adempimenti;</p> <p>Garantire l'interpretazione e l'applicazione della normativa relativa al settore di competenza, individuando idonee modalità di pubblicazione;</p> <p>Fornire supporto al RPCT e fornire informazione in merito alle scelte operate.</p>
Referenti della trasparenza (individuati nel PTPCT)	<p>Supportare il RPCT e i dirigenti responsabili delle pubblicazioni al fine di garantire il tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza secondo quanto indicato nell'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al presente Piano;</p> <p>Supportare il RPCT nelle attività di monitoraggio e di controllo previste;</p> <p>Informare tempestivamente il RPCT di eventuali criticità rilevate in merito agli adempimenti degli obblighi in materia di trasparenza.</p>
Operatori	<p>Predisporre i contenuti per la pubblicazione da parte del responsabile della pubblicazione.</p>
Dirigente Responsabile Sistemi Informativi	<p>Gestire la sezione del sito "Amministrazione Trasparente";</p> <p>Individuare idonee ed adeguate soluzioni informatiche per le attività del RPCT;</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>Favorire ed incentivare la pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 7 del d.lgs.33/2013 mediante l'utilizzo di formati di tipo aperto.</p>
Responsabile della protezione dei dati personali	<p>Supportare il RPCT informando e fornendo consulenza rispetto agli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali;</p> <p>Supportare i responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente" informando e fornendo consulenza rispetto agli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali;</p> <p>Verificare e monitorare la conformità dei contenuti pubblicati in "Amministrazione Trasparente" alla normativa in materia di protezione dei dati personali.</p>

Nucleo di valutazione delle prestazioni	Verificare la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT - sezione Trasparenza e il Piano della Performance; Rilevare e attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro i diversi termini prescritti da ANAC.
---	---

All'interno del quadro così delineato, il RPCT ha un ruolo di coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i responsabili della pubblicazione nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti ed informazioni.

Ai sensi dell'articolo 43 comma 3 e ss., del decreto legislativo n.33/2013 e dell'articolo 6 della legge n.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 da pubblicare per adempiere all'obbligo, provvede alla pubblicazione o eventualmente dispone la pubblicazione per il tramite dei Sistemi Informativi dei dati/informazioni e ne cura l'aggiornamento secondo le tempistiche stabilite e la qualità richiesta, effettua i controlli ed i monitoraggi disposti dal RPCT, propedeutici allo svolgimento dall'azione di controllo e del 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, in conformità al dettato normativo ed alla sua evoluzione. I Sistemi Informativi sono tenuti a fornire dettagliate ed accurate istruzioni per la produzione dei documenti/pagine web in formato aperto. Nondimeno, devono garantire agli operatori incaricati delle pubblicazioni la dotazione ed il costante aggiornamento degli strumenti e degli applicativi per la pubblicazione in modo accessibile e qualitativamente adeguato.

Ciascun dirigente è altresì responsabile del trattamento dei dati personali oggetto di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente". Sono pertanto tenuti ad adempiere alle disposizioni in materia di protezione dei dati personali in conformità al d.lgs.10 agosto 2018, n.101 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del 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)", al 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) nonché 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.

Come richiesto peraltro dall'aggiornamento definitivo al PNA 2018, approvato con delibera n.1074 del 21 novembre 2018, gli oneri di pubblicazione previsti dal d.lgs.33/2013 devono necessariamente essere espletati in maniera conforme con la nuova disciplina della tutela dei dati personali. Pur rimanendo presupposto il rispetto della base giuridica di riferimento per il trattamento dei dati personali nell'ambito dell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, individuata (ex art. 2-ter del d.lgs.196/2003, introdotto dal d.lgs.101/2018) esclusivamente in una norma di legge o di

regolamento, risulta altresì indispensabile che l'attività di pubblicazione dei dati per finalità di trasparenza sia conforme a tutti i principi enucleati a livello europeo (art. 5 del Regolamento (UE): liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione dei dati, ossia limitazione dei dati rispetto alle finalità di utilizzo degli stessi, esattezza, limitazione della conservazione, integrità, adeguatezza, aggiornamento, responsabilizzazione del titolare del trattamento.

Rientra nella responsabilità di tutti i soggetti cui è attribuita la competenza alla pubblicazione di contenuti la preventiva valutazione, tenuto conto della portata della diffusione delle informazioni in "Amministrazione Trasparente", di tutti gli aspetti relativi alla tutela della riservatezza, provvedendo, ove necessario, alla anonimizzazione delle informazioni. E' affidata alla responsabilità ed alla competenza dei dirigenti che pubblicano, la valutazione circa il delicato temperamento fra l'esigenza del completo ed esaustivo adempimento degli obblighi di pubblicazione richiesto dalla norma e la necessità che l'amministrazione si adoperi affinché i contenuti pubblicati rispettino i limiti imposti dalla normativa in tema di tutela dei dati personali. Particolare attenzione deve essere riservata nella pubblicazione di documenti che possano avere contenuti non pertinenti con il fine stesso della trasparenza. Posto che il principio valutativo cardine deve necessariamente fare riferimento al principio di sufficienza e non eccedenza, la Pubblica amministrazione deve provvedere a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o ovvero, se sensibili o giudiziari non indispensabili, in relazione alle finalità di trasparenza. Elemento imprescindibile per garantire il rispetto dei differenti ma convergenti interessi è un coordinato processo di standardizzazione dei documenti destinati alla pubblicazione tenuto conto del principio di minimizzazione dei dati.

Rispetto al tema della tutela della riservatezza nel trattamento dei dati personali, ruolo di garanzia, come ribadito anche da ANAC nell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, è quello del Responsabile della Protezione dei dati al quale, ai fini che qui interessano, sono attribuiti specifici compiti di supporto, informazione, consulenza e sorveglianza per tutta l'amministrazione proprio in relazione alla materia della protezione dei dati personali. Nonostante gli ambiti di operatività differenti e non sovrapponibili, ANAC sottolinea l'importanza di una buona collaborazione tra RPCT e RPD (Responsabile della Protezione dei Dati) per la protezione dei dati personali, ancorché si possa trattare solamente di una forma di cooperazione interna fra uffici limitatamente a profili di carattere generale.

Con decreto del Direttore Generale n.231 del 14.05.2018 è stato designato il Dott. Riccardo Possenti, dirigente presso i Sistemi Informativi dell'Istituto, quale Responsabile della protezione dei dati personali per l'Istituto, ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) a far data dal 15.05.2018.

Con decreto del Direttore Generale n.461 del 23.10.2018 è stato nominato l'Ing. Domenico Nilo Mazza, dirigente responsabile dei Sistemi Informativi dell'Istituto, a ricoprire l'incarico di Responsabile per la Transizione Digitale ai sensi dell'articolo 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) adottato con d.lgs. n.82/2005.

## **17 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità**

La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle relative responsabilità, di cui all'allegato F al presente Piano, è la rappresentazione sintetica della sezione trasparenza per il triennio 2019-2021 dell'Istituto.

Il processo di riassetto istituzionale e di riorganizzazione interna che ha investito l'Istituto a partire dal 2016 e in particolare l'evoluzione del processo nel corso dell'anno 2018, richiede, per quanto riguarda la trasparenza, alcune importanti precisazioni. Il processo di riorganizzazione, per quanto riguarda gli ambiti che qui interessano, si è concluso, ad eccezione delle strutture Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite e Unità

Operativa Tecnico Patrimoniale.

<b>Denominazione delle strutture nell'allegato G (Elenco degli obblighi di pubblicazione) al PTPCT 2018-2020.</b>	<b>Denominazione delle strutture nell'allegato F (Elenco degli obblighi di pubblicazione) al PTPCT 2019-2021.</b>
Unità Operativa Affari Generali e Legali	Unità Operativa Affari Generali e Legali
Unità Operativa Gestione del Personale	Unità Operativa Gestione Risorse Umane e delle Sviluppo Competenze
Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite	Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite
Unità Operativa Economico Finanziaria	Unità Operativa Gestione Servizi Contabili
Unità Operativa Tecnico Patrimoniale	Unità Operativa Tecnico Patrimoniale
Unità Operativa Progetti di ricerca	Ufficio Progetti di ricerca
Formazione e Biblioteca	Formazione Biblioteca Comunicazione
Unità Operativa Sistemi Informativi	Sistemi Informativi
Direzione Generale	Direzione Generale
Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa
Servizio Assicurazione Qualità	Servizio Assicurazione Qualità
Controllo di gestione	Controllo di gestione

La mappa è strutturata in conformità 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”.

Per ogni 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 quando 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 al 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.

In conformità con la previsione di cui all'articolo 9-bis "Pubblicazione delle banche dati" del d.lgs. n.33/2013 in virtù della quale le pubbliche amministrazioni adempiono ai propri obblighi con la pubblicazione sul proprio sito istituzionale del collegamento ipertestuale ad una delle banche dati elencata nell'allegato B al decreto legislativo n.33/2013 medesimo, nel corso del 2018 è stato pubblicato il link ipertestuale alla banca dati Perlapa relativamente ai seguenti obblighi di pubblicazione: "Consulenti e collaboratori – Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza" e "Personale – Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)". Seguendo l'indicazione fornita da parte del Nucleo di valutazione delle prestazioni l'Ente, in via prudenziale, continuerà a pubblicare le informazioni, oltre che tramite il link alla banca dati sopra citata, anche nella sezione relativa di "Amministrazione Trasparente". La doppia pubblicazione si concluderà al termine del primo semestre del 2019. Nel corso dell'anno verrà verificata l'attivazione ad ulteriori banche dati di cui al sopra citato allegato B al decreto legislativo n.33/2013.

Con riferimento ai termini degli aggiornamenti si precisa che per "Aggiornamento tempestivo" l'Istituto considera quale termine entro il quale deve avvenire la pubblicazione quello di 30 giorni, in conformità all'orientamento espresso da ANAC nella delibera n.1310/2016.

Già a partire dal 2017 l'Istituto, alla luce dell'esplicitazione dei criteri di identificazione soggettiva resi da ANAC con il proprio provvedimento n.241/2017, colloca le pubblicazioni relative al Consiglio di Amministrazione, previa rivalutazione del profilo soggettivo, nella sezione di "Amministrazione Trasparente" relativi ai titolari di incarichi di direzione o di governo.

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 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.

Rimane un quadro normativo caratterizzato da una forte incertezza interpretativa, come ben evidenziato nell'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.

Nel permanere dell'incertezza normativa, la scelta prudenziale operata in Istituto dal

Consiglio di Amministrazione, 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. Si resta pertanto in attesa di un intervento normativo che risolva questo difetto di coordinamento tra le due disposizioni.

Anche alla luce di quanto ribadito da ANAC nel recente aggiornamento del PNA 2018, in tema di ipotesi di sanzionabilità ai sensi dell'articolo 47 del d.lgs. n.33/2013 relativamente al rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 14 del d.lgs. n.33/2013, il RPCT si riserva ulteriore approfondimento della tematica al fine di garantire adeguata applicazione alla norma all'interno dell'Istituto.

## **18 Misure di informatizzazione a servizio della trasparenza**

Nell'ambito delle attività finalizzate all'implementazione dei contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente" nel corso del 2018 sono state adottate e messe in produzione azioni di sviluppo di nuovi servizi informatici necessari a garantire l'assolvimento dei nuovi obblighi di pubblicazione. In particolare, ci si riferisce al sistema di monitoraggio del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso una verifica dei contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" nonché al sistema di profilazione degli utenti tramite interfaccia di gestione che riconosce le funzionalità all'utente secondo il profilo di appartenenza e in conformità con i differenti ambiti di responsabilità (sistemi meglio descritti in precedenza). Nell'anno 2019 i due sistemi, in produzione dal secondo semestre 2018 saranno sedimentati ed eventualmente ulteriormente adattati alle emergenti esigenze dell'Ente.

Nel corso del 2019 sarà indispensabile, da parte dei Sistemi Informativi, individuare semplici e snelle modalità informatiche al fine di garantire il corretto adempimento delle disposizioni di cui l'articolo 8, comma 3, del d.lgs. n.33/2013 che prevedono, una volta censiti i contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" per i quali siano scaduti i termini temporali di pubblicazione, la loro conseguente eliminazione dalla sezione.

Nel corso del 2019 sarà altresì indispensabile provvedere, da parte dei Sistemi Informativi, alla progettazione, sviluppo ed implementazione di idonee soluzioni informatiche per ulteriormente semplificare ed automatizzare le pubblicazioni dell'attuale sistema in uso, garantendo la completezza della documentazione.

## **19 Misure di monitoraggio e controlli sull'attuazione degli obblighi di trasparenza**

L'articolo 43, comma 1, del decreto legislativo n.33/2013 attribuisce al 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 il RPCT dell'Istituto provvede in materia di pubblicazione, a monitoraggi a cadenza almeno semestrale, avvalendosi del supporto dei referenti per la trasparenza individuati.

Il RPCT conduce le verifiche ed i monitoraggi con il necessario supporto dei referenti e dei 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, il rispetto dei formati, la qualità dei dati, dei documenti e delle informazioni pubblicate.

Preliminarmente ad ogni monitoraggio i responsabili della pubblicazione provvedono a rendere formale dichiarazione al RPCT circa la conformità dei contenuti pubblicati di propria competenza.

Per l'anno 2019 sono previsti due monitoraggi; il primo è calendarizzato per il 30.06.2019, ed il secondo per il 31.12.2019.

Il controllo sull'attuazione degli obblighi di trasparenza riguarderà sia il rispetto degli aggiornamenti fissati nell'Allegato F (Elenco degli obblighi di pubblicazione) sia la qualità e

conformità dei dati e delle informazioni pubblicate nei termini della completezza e dell'idoneità dei formati secondo quanto normativamente disposto, attribuendo un giudizio di idoneità/non idoneità per ogni contenuto pubblicato.

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

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.

## 20 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 PNA 2016 e dalle Prime linee guida di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016 al fine di garantire un alto livello di trasparenza, 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.

Ad oggi la sottosezione è stata implementata dei seguenti contenuti ulteriori:

<b>DATI ULTERIORI</b>	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, finanziamenti assegnati all'IZSLER per la ricerca
	Locazioni, contratti, accordi
	Censimento delle autovetture di servizio
	Sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario
	Contratti Assicurativi
	Reclami

Nel corso dell'anno 2018 la sezione "Dati ulteriori" è stata implementata con la pubblicazione, a cadenza semestrale ed in forma anonimizzata e sintetica, dei reclami ricevuti dall'Istituto.

Nel corso dell'anno 2018 anche la sottosezione "Attività di ricerca" è stata implementata con la pubblicazione dei finanziamenti assegnati all'IZSLER per la ricerca.

## PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

### 21 Processo di adozione del Piano

#### **21.1 Descrizione dell'iter seguito per l'elaborazione del piano**

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

Nel mese di gennaio 2019, al fine di aprire il procedimento di adozione del presente Piano 2019-2021 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 2018-2020.

In particolare, la consultazione è avvenuta dal 7 gennaio 2019 al 29 gennaio 2019, con pubblicazione dell'invito a dipendenti e *stakeholder* esterni a trasmettere osservazioni e proposte (all'indirizzo di posta [affarigeneralilegali@izsler.it](mailto: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 ed amministrative, ciò al fine di verificare le misure di prevenzione della corruzione attuate in ciascuna struttura in applicazione dei precedenti Piani ed individuare eventuali problematiche a riguardo.

La proposta di Piano è stata trasmessa dal RPCT con comunicazione 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.

#### **21.2 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.

-----