



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

SEZIONE
ANTICORRUZIONE E
TRASPARENZA -
2023-2025

<u>PREMESSA</u>	4
<u>PARTE I - QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO</u>	4
1 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	4
1.2. IL CICLO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	5
<u>PARTE II -INDIVIDUAZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ, I CONTROLLI E IL MONITORAGGIO</u>	7
2 STRUTTURA DI RIFERIMENTO	7
2.1 GLI ATTORI DEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	7
2.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E IL DIRETTORE GENERALE	7
2.3 IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	8
2.4 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	8
2.5 STAFF DI SUPPORTO DIRETTO AL RPCT	10
2.6 IL GRUPPO DI SUPPORTO	10
2.7 I "REFERENTI PER L'ANTICORRUZIONE E LA TRASPARENZA"	11
2.8 I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	12
2.9 I DIPENDENTI	13
2.10 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	13
2.11 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	13
2.12 CONTRASTO AI FENOMENI DI RICICLAGGIO E GESTIONE DELLE OPERAZIONI SOSPETTE	13
3 I CONTROLLI INTERNI ALL'ISTITUTO	14
3.1. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	17
<u>PARTE III - AREE A RISCHIO CORRUZIONE</u>	18
4 PREMESSA	19
4.1 AREE A RISCHIO GENERALI	19
4.2 AREE A RISCHIO SPECIFICHE	23
4.2.1 PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITÀ SANITARIA PUBBLICA	24
4.2.2 FORNITURA DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	25
4.2.3 GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA – ATTIVITÀ DI SFRUTTAMENTO DEI RISULTATI DELLA RICERCA E DELLA SPERIMENTAZIONE ED ALTRE TECNOLOGIE	26
<u>PARTE IV - PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE</u>	29
5 OBIETTIVI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA PER IL TRIENNIO 2023-2025	29
6 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DEL PIAO 2023-2025.	31
7 MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	33
	2

7.1 TRASPARENZA	33
7.2 CODICE DI COMPORTAMENTO	34
7.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE	34
7.4 CONFLITTO DI INTERESSI	38
7.5 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	41
7.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI	43
7.7 ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	44
7.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA	46
7.9 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER	47
7.10 FORMAZIONE DEL PERSONALE	47
7.11 PATTI DI INTEGRITÀ	48
7.12 MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI	49
7.13 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI AMMINISTRAZIONE-SOGGETTI CON CUI SONO STATI STIPULATI CONTRATTI	49
7.14 SISTEMA DI VIGILANZA SU SOCIETÀ E ENTI VIGILATI E CONTROLLATI	49
8 RELAZIONE ANNUALE 2022	53

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA **53**

9 GLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO	53
10 PROMOZIONE DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO ED ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL RECEPIMENTO DEL REGOLAMENTO UE 679/2016	53
11 PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DI CONTENUTI COERENTI RISPETTO AGLI OBBLIGHI E AI TERMINI DELL'AGGIORNAMENTO	54
12 LA DEFINIZIONE DELLA GOVERNANCE PER GARANTIRE L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO". MISURE ORGANIZZATIVE.	55
13 IL MODELLO DI GOVERNANCE PER L'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA: COMPITI E RESPONSABILITÀ	55
14 LA MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DELLE RESPONSABILITÀ	58
15 MISURE DI INFORMATIZZAZIONE DEL FLUSSO DI PUBBLICAZIONE A SERVIZIO DELLA TRASPARENZA	62
16 DATI ULTERIORI	63

PARTE VI - DISPOSIZIONI FINALI **63**

17 PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO	63
17.1 DESCRIZIONE DELL'ITER SEGUITO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO	63
17.2 COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE	64

ALLEGATI:

ALLEGATO A: DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE N.17 DEL 15.12.2020;
ALLEGATO B: PROCESSI SANITARI (PNA 2019);
ALLEGATO C: PROCESSI AMMINISTRATIVI (PNA 2019);
ALLEGATO D: RELAZIONE RPCT 2022;
ALLEGATO E: MISURE GENERALI-OBBLIGATORIE 2023;
ALLEGATO F: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 2023;
ALLEGATO G: CODICE DI COMPORTAMENTO;

Premessa

La nuova disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) connota di ulteriore significato gli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza che ne costituiscono contenuto fondamentale e trasversale. La prevenzione della corruzione rappresenta pertanto la dimensione del valore pubblico a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'Istituto. Nella finalità di prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguimento di obiettivi di imparzialità, il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare esso stesso valore pubblico.

Da ciò consegue che l'attuale piano anticorruzione e trasparenza, al fine dell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza deve necessariamente considerare tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso lato. In altri termini permane la necessità – ribadita dall'Autorità nel PNA 2022 – che siano comunque presidiati da idonee misure di prevenzione della corruzione tutti quei processi che, oggetto di valutazione del rischio, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi.

La sezione prosegue pertanto il percorso avviato negli scorsi anni di contrasto alla cattiva amministrazione. Tale percorso si pone in linea con le previsioni della legge 6 novembre 2012, n.190, nonché con le disposizioni dettate dalla successiva normativa emanata in materia.

Una parte della sezione riguarda la programmazione della trasparenza considerata quale principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione a garanzia più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Istituto realizza in favore della collettività.

La sezione nell'illustrare la strategia, i programmi, gli obiettivi e le azioni di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, si integra con le altre sezioni del PIAO.

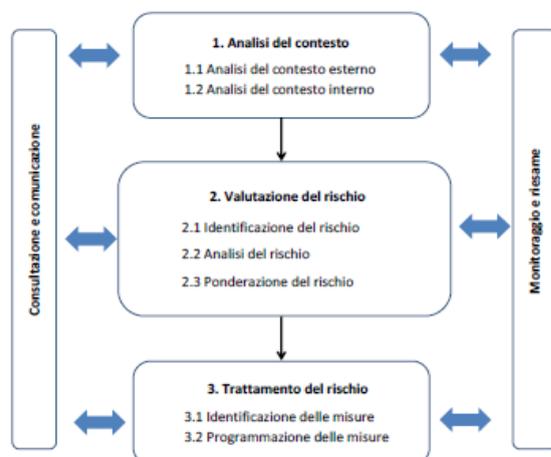
PARTE I - QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

1 Il Processo di gestione del rischio corruttivo

L'individuazione del grado di esposizione al rischio corruttivo e la conseguente identificazione delle misure di prevenzione avvengono attraverso il cosiddetto "*processo di gestione del rischio di corruzione*". Tale processo costituisce il fulcro dell'intero sistema di prevenzione della corruzione. Così come delineato da ANAC, si articola in tre fasi fondamentali ("*Analisi del contesto*", "*Valutazione del rischio*" e "*Trattamento del rischio*") più due fasi di natura trasversale ("*consultazione e comunicazione*" e "*monitoraggio e riesame*") e si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: ad ogni sua ripartenza, il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente. Da ciò la centralità del monitoraggio, della verifica e della valutazione dei risultati conseguiti rispetto a quelli attesi.

La finalità prioritaria del processo di gestione del rischio è, infatti, favorire il buon andamento (inteso come funzionalità ed economicità) e l'imparzialità delle attività e delle decisioni della pubblica amministrazione, creando un ambiente sfavorevole al verificarsi di fatti corruttivi.

Figura 1 – Il processo di gestione del rischio di corruzione



1.2. Il ciclo del processo di gestione del rischio

L'Analisi del contesto (esterno ed interno)

La prima fase del processo di gestione del rischio è costituita dall'**Analisi del contesto**.

L'Analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio (o del settore specifico di intervento) in cui opera l'Istituto delle relazioni esistenti con gli *stakeholder* e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'Ente per la quale si rinvia alla parte generale del PIAO. L'obiettivo è evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale la pubblica amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al contempo, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

L'analisi del contesto interno riguarda invece gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità dell'amministrazione al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità ed il riparto di competenze e funzioni dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

L'aspetto fondamentale di questa sotto-fase è costituito dalla cosiddetta "mappatura dei processi". Come ormai noto, per "processo" si intende "una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)". Si tratta di un concetto "organizzativo" diverso e più ampio di quello di "procedimento", che abbraccia tutta l'attività svolta dall'Ente e che dà evidenza di "chi", di "come" e di "quando" viene svolta una determinata attività. La mappatura dei processi rappresenta un'attività precipua dei singoli responsabili di struttura, ciascuno per l'ambito di specifica competenza.

ANAC evidenzia altresì la necessità che "la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione già presenti nelle organizzazioni (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management) [...] in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale". Ciò allo scopo di soddisfare - secondo criteri di economicità, efficacia ed efficienza e, quindi, secondo una logica di buona amministrazione - ogni esigenza istituzionale. Siffatta mappatura rappresenterà poi anche la fonte per l'individuazione delle attività a rischio corruttivo da sottoporre a valutazione e trattamento.

Ciò precisato, il primo adempimento per una corretta mappatura è evidentemente l'individuazione dell'elenco completo dei processi dell'Ente: il cosiddetto "*catalogo*" dei processi della pubblica amministrazione. Ai fini della prevenzione della corruzione, detto catalogo è suddiviso per "*area di rischio*", intesa come raggruppamento omogeneo di processi. L'elenco dei processi, aggregati per aree di rischio, deve essere poi arricchito con la descrizione di ciascun processo. La descrizione è un'operazione particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo, in funzione delle sue modalità di svolgimento e allo scopo di individuare i necessari correttivi.

La valutazione del rischio

Tale fase è strumentale all'individuazione delle priorità di intervento e delle possibili misure di trattamento del rischio. Essa si articola in tre sotto-fasi: l'**Identificazione**, l'**Analisi** e la **Ponderazione** del rischio.

L'Identificazione ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi nel corso dell'espletamento di un processo (o meglio delle attività che lo compongono), dando vita a fatti corruttivi. Detti eventi, come identificati, devono essere formalizzati e documentati nel PTPCT, attraverso la predisposizione di un vero e proprio "*registro dei rischi*" dell'Ente.

Una volta identificati, gli eventi rischiosi devono essere analizzati (sotto-fase dell'Analisi del rischio). Ciò al fine di pervenire ad una loro comprensione più approfondita, attraverso l'esame dei rispettivi "*fattori abilitanti*", nonché allo scopo di stimare il livello di esposizione al rischio delle attività/processi nell'ambito dei quali i rischi medesimi sono stati identificati.

Il PNA 2019 ha introdotto una metodica per stimare il livello di esposizione al rischio avente carattere "*qualitativo*". Tale metodologia è basata su valutazioni motivate (quindi, non meramente numeriche) attraverso l'utilizzo di specifici criteri predeterminati, definiti come "*indicatori di livello di esposizione al rischio*". I responsabili di struttura, dopo aver provveduto alla misurazione di ogni indicatore e sulla base di detta misurazione, esprimono un giudizio complessivo motivato sul livello di esposizione al rischio di ciascun processo/attività.

Nella misurazione degli indicatori, ANAC raccomanda di applicare, quale criterio di carattere generale, quello della "*prudenza*", in modo da evitare la sottostima del rischio.

La sotto-fase conclusiva della valutazione del rischio è costituita dalla Ponderazione e si sostanzia nell'individuazione - alla luce degli esiti di tutte le fasi precedenti (compresa l'Analisi del contesto) - delle azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio (come identificato e valutato) e nella definizione delle priorità di trattamento, tenuto conto anche delle risorse disponibili.

Il Trattamenti del rischio

La fase di trattamento del rischio è volta ad individuare gli interventi, le iniziative e le misure da realizzare per ridurre i rischi precedentemente identificati e valutati, intervenendo sui rispettivi "*fattori abilitanti*" allo scopo di minimizzarli. Tutto ciò sulla base delle priorità emerse.

Le misure individuate in tale fase devono essere specifiche e puntuali; la loro modalità di attuazione va correttamente programmata, attraverso la definizione di tempistiche, indicatori e *target* misurabili e rendicontabili, per consentirne il monitoraggio, ai fini della verifica della loro corretta applicazione ed efficacia.

Il Monitoraggio ed il riesame

Monitoraggio e riesame sono finalizzati a verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo di gestione del rischio.

In particolare, il monitoraggio è volto alla verifica della corretta applicazione e dell'idoneità (effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo) delle singole misure di trattamento. Il riesame riguarda il funzionamento del sistema di prevenzione nel suo complesso.

Le risultanze del monitoraggio devono essere rappresentate all'interno del PTPCT e della Relazione annuale del RPCT. Esse costituiscono il presupposto per la predisposizione del successivo PTPCT.

Il sistema di monitoraggio può essere efficacemente basato su più livelli. Un primo livello può essere correttamente costituito dall'autovalutazione (sulla corretta applicazione e l'idoneità delle misure) dei responsabili di struttura. Il secondo livello deve far capo al RPCT che,

a seconda dell'articolazione organizzativa - in via diretta ovvero attraverso le funzioni di controllo interne - verifica le autovalutazioni dei responsabili di struttura.

Consultazione e Comunicazione

La fase di "consultazione e comunicazione" è trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio. Consiste sia in un'attività di coinvolgimento di soggetti interni (dipendenti, organo di indirizzo, dirigenti di struttura, etc.) ed esterni (cittadini, *stakeholder*, etc.), ai fini del reperimento di informazioni per migliorare tutto il sistema di prevenzione della corruzione, sia in attività di comunicazione (interne ed esterna) delle azioni realizzate o da realizzare e dei connessi compiti e responsabilità.

PARTE II -INDIVIDUAZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ, I CONTROLLI E IL MONITORAGGIO

2 Struttura di riferimento

2.1 Gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione

Come ricordato da ANAC, da ultimo con il PNA 2022, l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione nel processo di gestione del rischio. A tal fine, il RPCT ha avviato un processo di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati dal sistema di prevenzione della corruzione, compresi soggetti esterni quali i stakeholder nella fase antecedente la predisposizione del Piano. Tale processo ha preso le mosse dall'attività di formazione e sensibilizzazione sui temi dell'etica, della legalità e della trasparenza amministrativa.

Di seguito vengono, quindi, elencati gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione individuati in IZSLER, con la descrizione dei rispettivi compiti nonché delle reciproche relazioni, pur rimanendo il RPCT il punto di riferimento principale e la figura di coordinamento dell'intero sistema preventivo

2.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale

Come sottolineato anche dal PNA 2022, l'organo di indirizzo politico ha un ruolo preminente nel processo di gestione del rischio corruttivo, definendo gli indirizzi e le strategie dell'amministrazione, nonché favorendo la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo che sia di reale supporto al RPCT. Per tale ragione, il Consiglio di Amministrazione ha il compito di:

1)	Nominare il RPCT;
2)	Disporre le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento del suo incarico con piena autonomia ed effettività;
3)	Definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario e imprescindibile del piano di prevenzione da correlare con gli obiettivi di valore pubblico indicati dal PIAO;
4)	Adottare il Codice di Comportamento;
5)	Adottare il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza (e i suoi aggiornamenti annuali), su proposta del RPCT;
6)	Ricevere la relazione annuale del RPCT e eventuali ulteriori segnalazioni in merito all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

2.3 Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (di seguito anche "NVP") dell'IZSLER, nominato da ultimo con deliberazione del CDA n.10 del 27.7.2022 è un organismo collegiale con funzioni sia in tema di gestione della performance che di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In particolare, il NVP:

1)	promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza di cui all'art. 14, comma 4, lett. g) del d.lgs. n.150/2009, secondo le indicazioni fornite annualmente da ANAC con propria delibera
2)	collabora con il RPCT nell'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
3)	verifica la coerenza tra gli obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori
4)	verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza
5)	verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta, che il RPCT predispone annualmente;
6)	riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPCT comprese le violazioni o i ritardi negli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione;
7)	esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento e partecipa attivamente alla procedura prevista per la sua adozione

2.4 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza

La Dott.ssa Maria Zecchi, dirigente amministrativo in servizio presso l'U.O. Affari Generali e Legali in data 22.07.2020 ha assunto le funzioni di RPCT dell'IZSLER a seguito di nomina da parte del Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.8 del 22.07.2020¹.

L'ANAC, da ultimo con il PNA 2022, ha ribadito il ruolo centrale e di coordinamento del RPCT per l'attuazione dell'intero sistema di prevenzione della corruzione, sottolineando la necessità che il Responsabile possa svolgere le proprie funzioni con effettività e poteri di interlocuzione reali con gli organi di indirizzo e con l'intera struttura amministrativa.

In tale contesto, i poteri di vigilanza e controllo attribuiti al RPCT sono e devono rimanere connessi al ruolo principale che il legislatore gli ha assegnato, ossia la predisposizione e la verifica dell'attuazione e dell'idoneità del sistema di prevenzione della corruzione. Rimangono, quindi, esclusi dal novero delle attribuzioni del RPCT compiti concernenti l'accertamento della responsabilità e la fondatezza delle segnalazioni aventi ad oggetto fatti potenzialmente illeciti.

Pertanto, nell'ipotesi in cui il RPCT riceva segnalazioni o riscontri irregolarità concernenti l'operato dell'amministrazione, è tenuto semplicemente a verificare il fumus di quanto rappresentato e l'effettiva presenza o meno nel PTPCT di misure idonee alla prevenzione dell'evento segnalato.

Da questo nucleo di base, i compiti del RPCT possono essere come di seguito elencati:

LEGGE N.190/2012	
	elaborare la proposta di Piano;
	definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
	segnalare all'Organo di Indirizzo ed al NVP eventuali disfunzioni nell'attuazione delle misure di 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 tali misure;
	verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, proponendo le eventuali modifiche necessarie in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
	verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività ad elevato rischio corruzione;
	referire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lo valuta opportuno;

¹ È utile ricordare che, ai sensi dell'art 1, comma 7, l. n.190/2012, l'organo di indirizzo individua il RPCT.

trasmettere al NVP ed al CDA una relazione recante i risultati dell'attività svolta, con pubblicazione della stessa nel sito <i>web</i> dell'amministrazione.
D.LGS. N.39/2013
vigilare sulla applicazione delle disposizioni in materia inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità e segnalare i casi di possibili violazioni all'ANAC e all'AGCOM.
D.P.R. n.62/2013
curare la diffusione dei Codici di Comportamento;
effettuare il monitoraggio annuale sull'attuazione dei Codici di Comportamento e comunicare successivamente gli esiti ad ANAC nonché provvedere alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale.
D.LGS. N.33/2013
svolgere un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
segnalare al CDA, al NVP, all'ANAC e all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, segnalando all'UPD eventuali violazioni;
D.LGS. N.165/2001
ricevere e prendere in carico le segnalazioni di c.d. whistleblowing;
verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione del pantouflage.

Come ribadito anche nel Piano 2022 da ANAC, affinché il RPCT possa concretamente esercitare le proprie funzioni risulta indispensabile l'effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti coloro che operano, a vario titolo, all'interno della Pubblica Amministrazione, in particolare di quei soggetti competenti a svolgere attività di controllo, che possono supportare il RPCT nella verifica sull'attuazione e idoneità delle misure di trattamento del rischio. Il ruolo di coordinamento del RPCT, non deve tuttavia essere interpretato come una deresponsabilizzazione degli altri soggetti, in particolare dei dirigenti responsabili delle unità organizzative, in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

Il legislatore pone inoltre in capo al RPCT considerevoli responsabilità. In particolare:

<p>Responsabilità amministrativa</p> <p>Responsabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dirigenziale ▪ disciplinare ▪ amministrativa per danno erariale all'immagine della pubblica amministrazione 	<ul style="list-style-type: none"> • per omessa adozione del PTPCT • nel caso in cui un soggetto dell'Ente subisca una condanna per reato di corruzione accertato con una sentenza passata in giudicato e il RPCT non abbia predisposto il PTPCT prima della commissione del fatto (art.1, co.12, legge n.190/2012). <p>La responsabilità è esclusa se il RPCT provi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Di aver predisposto prima della commissione del fatto, il PTPCT e di aver osservato le prescrizioni dei commi 9 e 10 dell'art.1 della legge n.190/2012; ➢ Di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.
<p>Responsabilità dirigenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nel caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano e responsabilità disciplinare per omesso controllo sul rispetto delle misure di prevenzione. <p>La responsabilità è esclusa se il RPCT provi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità; ➢ Di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilità dirigenziale ▪ Responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ▪ Elemento di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance 	<ul style="list-style-type: none"> • per mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti della normativa vigente e per rifiuto, differimento o limitazione dell'accesso civico. <p>La responsabilità è esclusa se il RPCT provi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Che il mancato rispetto degli obblighi di trasparenza sia dipeso da causa a lui non imputabile.
--	--

Pertanto, fermo restando il regime di responsabilità di cui è destinatario il RPCT, permane la responsabilità in capo ai dirigenti per la mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza ove il RPCT abbia dimostrato di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

In caso di eccezionale e temporanea assenza del RPCT le attività urgenti e improrogabili, saranno assunte dal dirigente della UO Affari generali e legali.

2.5 Staff di supporto diretto al RPCT

Come auspicato da ANAC – che più volte ha sottolineato la necessità di dotare il RPCT di una propria struttura organizzativa di supporto – nel 2021, a seguito della riorganizzazione aziendale approvata dal CDA a fine 2020, è stato attivato nell'ambito della UO Affari generali e legali l'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza, deputato a collaborare e supportare il RPCT nell'esercizio delle proprie funzioni. Lo *staff* di supporto alle attività del RPCT è pertanto articolato nelle due distinte Aree. Attualmente il RPCT è affiancato, in particolare per le attività di gestione della trasparenza, da un assistente amministrativo cat.C e da collaboratore amministrativo professionale cat. D, per quanto riguarda le attività relative all'anticorruzione.

2.6 Il Gruppo di Supporto

Con il PTPCT 2017-2019 veniva istituito il Gruppo di Supporto, la cui composizione mira ad assicurare - in una logica di integrazione delle attività ed in stretta aderenza all'attuale assetto organizzativo e al 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. In tal senso, anche il PNA 2019 insiste sull'importanza di affiancare al RPCT una struttura di supporto che assicuri l'integrazione di differenti competenze multidisciplinari.

Il Gruppo di Supporto, per il PTPCT 2022-2024 risulta così costituito:

- Il dott. P. Bonilauri, per il Servizio Assicurazione Qualità dell'Istituto;
- 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.

La corretta definizione ed applicazione del processo di gestione del rischio costituisce il compito preminente del Gruppo di Supporto. Nell'ambito della gestione del rischio, il Gruppo di Supporto svolge le seguenti attività:

- analisi 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 2019 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.

Al Gruppo di Supporto sono inoltre 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.

2.71 “Referenti per l’Anticorruzione e la Trasparenza”

In IZSLER è stato creato un gruppo operativo quale rete di “*Referenti per l’Anticorruzione e la Trasparenza*” (di seguito semplicemente “*Referenti*”). I nominativi dei *Referenti* sono individuati nella tabella sottostante.

STRUTTURA	REFERENTI
Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria	Alessandra Salamina
U.O. Gestione Servizi Contabili	Federico Agostini Chiara Mari
Sistemi Informativi	Riccardo Possenti
U.O. Provveditorato Economato e Vendite (contratti pubblici, settore beni e servizi)	Alessandra Apollaro Francesca Piazza
U.O. Tecnico Patrimoniale (contratti pubblici, settore lavori)	Daniela Armellini Cristiana Pietta
U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle competenze	Laura Papa Maria Grazia Rusconi
U.O. Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione	Simone Cominelli
U.O. Affari Generali e Legali e Ufficio Progetti di Ricerca	Emanuela Nucera Chiara Mazzoli

Biblioteca, Formazione, Comunicazione

Luisa Garau
Margherita Franceschini

Ogni referente, come indicato da ANAC nel PNA 2022, assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione che di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, affinché quest'ultimo abbia elementi utili per la predisposizione e il monitoraggio del PTPCT.

I Referenti, in particolare-supportano sia il RPCT sia i dirigenti responsabili delle strutture nelle seguenti attività:

1	mappatura dei processi (in particolare di carattere amministrativo) e conseguente individuazione e valutazione del rischio corruzione e delle relative misure di contrasto
2	monitoraggio costante della attuazione delle misure;
3	elaborazione della revisione annuale del Piano;
4	cura e supervisione dei controlli (relativi, ad esempio, alla disciplina della rotazione, del conflitto di interessi, del pantouflage), con conseguente segnalazione al RPCT di casi di fenomeni corruttivi emersi;
5	Vigilanza sulla tempestiva ed idonea applicazione del Codice di Comportamento;
6	Cura, in materia di trasparenza, del rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura;

2.8 I dirigenti responsabili di struttura

Una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei responsabili delle unità organizzative contribuisce a creare all'interno dell'amministrazione un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione. I dirigenti responsabili di struttura (semplice e complessa o poste in staff alla Direzione), in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, partecipano attivamente al processo di elaborazione e gestione del rischio, quali titolari del rischio stesso, proponendo le misure di prevenzione che reputano più idonee e, contestualmente, effettuano le seguenti attività:

Partecipazione attiva al processo di elaborazione e gestione del rischio. In particolare:
<ul style="list-style-type: none"> • mappatura dei processi; • Individuazione, ponderazione 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; • <u>monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture.</u>
Valorizzazione della realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruttivo in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie strutture e verificando il reale contributo apportato dai propri dipendenti
Promozione della formazione in materia di prevenzione della corruzione e della diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità all'interno delle strutture di propria afferenza
Attuazione degli obblighi di pubblicazione e regolare attuazione della normativa in materia di accesso civico
Vigilanza sull'osservanza del Codice di comportamento
Applicazione del d.lgs. n.39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità, assicurando, all'interno della struttura di afferenza, controlli tempestivi sulle dichiarazioni sostitutive e l'effettiva rotazione degli incarichi
Segnalazione tempestiva al RPCT su eventuali criticità rilevate in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

La violazione da parte del dirigente 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.

2.9 I dipendenti

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse, rappresenta un elemento decisivo per la qualità del piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza e delle relative misure.

I dipendenti sono tenuti, in particolare, a:

1)	collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se ed in quanto coinvolti;
2)	osservare le misure di prevenzione previste dal PTPCT;
3)	adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento (nazionale e aziendale);
4)	segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza.

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione e dei compiti previsti dal presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche di responsabilità dirigenziale, come previsto sia dall'art.1, co.14 della legge n.190/2012 oltre che dal Codice di Comportamento nazionale.

Tali disposizioni si applicano non solo ai dipendenti - ossia a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro subordinato con l'Istituto - ma anche a coloro che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'IZSLER (borsisti, tirocinanti, consulenti etc.).

2.10 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55-bis d.lgs. n.165/01), e collabora con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In particolare, l'UPD:

1)	collabora con il RPCT, nella definizione dei doveri del Codice di comportamento e al suo aggiornamento costante e nelle attività di monitoraggio sull'attuazione del Codice stesso, fornendo altresì consulenza e assistenza sulla sua corretta interpretazione
2)	esamina le segnalazioni delle violazioni delle disposizioni di condotta;
3)	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;
4)	Predisporre e trasmettere al RPCT una relazione annuale sull'attività disciplinare svolta e sulle segnalazioni relative a condotte illecite.

2.11 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA)

A fine di assicurare - ai sensi dell'art.33-ter del DL n.179/2012, convertito in Legge n.221/2012 - l'effettivo inserimento e aggiornamento dei dati e degli elementi identificativi della Stazione Appaltante nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), il Dott. Davide Violato è stato nominato con nota prot. N.4360/2022 "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA) dell'IZSLER. 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 l. 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.

2.12 Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e Gestione delle operazioni sospette

Con atto registrato al protocollo generale dell'Ente al n.131 del 3 gennaio 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 quale ogni dirigente di struttura complessa assume il ruolo di “Responsabile della segnalazione” con il conseguente l’obbligo di segnalare al Gestore le operazioni/transazioni sospette in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento illecito 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).

3 I controlli interni all’Istituto

Il sistema dei controlli interni dell’IZSLER è costituito da una pluralità di strumenti. Ciò in ottemperanza alle previsioni del d.lgs. 30 luglio 1999, n.286. Nello specifico, ai sensi dell’art.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)”.*

Di seguito sono descritti i principali controlli interni:

<p>Il controllo di regolarità amministrativa e contabile</p>	<p>Il controllo di regolarità amministrativa e contabile, la cui disciplina trova fondamento nel d.lgs. 30 giugno 2011, n.123, “<i>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</i>” rientra nell’ambito dei controlli di legittimità e viene esercitato dal Collegio dei Revisori dei Conti il quale verifica 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. Alle verifiche effettuate dal Collegio dei revisori, l’IZSLER affianca ulteriori strumenti aventi finalità di controllo, sia di carattere preventivo che successivo. Rientrano nella prima categoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il parere di regolarità contabile del dirigente responsabile dell’UO Gestione Servizi Contabili, per i provvedimenti che comportano rilevazione di costi e/o ricavi nel bilancio dell’IZSLER; • il parere di regolarità tecnica del dirigente proponente l’adozione di provvedimenti amministrativi; • il parere tecnico del Direttore Sanitario sui provvedimenti del Direttore Generale; • il parere di legittimità del Direttore Amministrativo sui provvedimenti del Direttore Generale e del Consiglio di Amministrazione. Aggiungasi che prima dell’adozione dei provvedimenti di cui trattasi il Direttore Amministrativo provvede alla verifica della documentazione istruttoria, della completezza e correttezza dei richiami. <p>Uno strumento di controllo interno “successivo” è rappresentato dalla trasmissione degli elenchi delle determinazioni dirigenziali alla Direzione e al Collegio dei Revisori dei conti; degli elenchi dei decreti al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei conti</p>
<p>I controlli del</p>	<p>Il Servizio Assicurazione qualità si occupa di definire i processi aziendali e di</p>

Servizio Assicurazione Qualità	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. Alla luce delle disposizioni che regolamentano il sistema della qualità in particolare delle novità introdotte dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018 il Servizio Assicurazione Qualità è direttamente coinvolto nella verifica circa l'attuazione del PTPCT e delle misure di imparzialità
Il Controllo di Gestione	Al controllo di gestione compete la verifica di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati. 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.

Ulteriore forma di controllo esterno è rappresentata dall'attività di monitoraggio che Regione Emilia Romagna svolge sui contenuti e il funzionamento del piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Istituto. Annualmente viene trasmessa all'Istituto una check list di verifica, completata dal RPCT e trasmessa alla struttura regionale di controllo, a partire dalla quale viene effettuata la verifica.

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.

Si rende indispensabile colmare il gap ancora presente rappresentato dall'assenza di un sistema informatico in grado di gestire l'intero processo di mappatura, di identificazione e valutazione dei rischi, di individuazione delle misure e della successiva rendicontazione.

In ambito propriamente sanitario, ulteriori forme di controllo vengono esercitate da:

Comitato Tecnico Scientifico	Il Comitato supporta la Direzione Strategica dell'IZSLER nell'ambito delle attività di Ricerca nell'individuazione delle linee di ricerca e di strumenti e percorsi per svolgimento dell'attività di ricerca.
Comitato Etico	Il Comitato si occupa di verificare che le attività sperimentali per le quali è previsto l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette rispetto alle prescrizioni normative.
Organismo Preposto al Benessere Animale	L'Organismo ha funzioni di garanzia e di verifica del corretto utilizzo degli animali a fini scientifici.

L'internal auditing

L'attuazione di un programma di audit risponde ad una criticità segnalata nei precedenti PTPCT e rappresenta l'occasione per fornire adeguata realizzazione agli obiettivi regionali di mandato assegnati all'attuale Direzione Generale, dove fra gli altri è individuato l'obiettivo della "ridefinizione dell'organizzazione aziendale, con particolare riferimento alle aree dei controlli".

La stessa Autorità, nel PNA 2022, ha definito la funzione come un "utile strumento di miglioramento organizzativo non solo per il corretto svolgimento delle attività correlate all'analisi del rischio, ma anche per tutte le attività legate all'analisi dei processi, al loro disegno ed alla loro mappatura.

La funzione di internal auditing è attività finalizzata alla valutazione dell'efficacia dei controlli interni, mediante la verifica dei processi, delle procedure e delle operazioni, nonché dei sistemi di gestione e di controllo aziendali con l'obiettivo di identificare, mitigare e/o correggere gli eventuali rischi (strategici, di processo e di informativa) presenti nell'organizzazione di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, di verificare la coerenza delle procedure rispetto alle norme, verificare l'efficacia dei controlli.

Gli interventi di audit si articolano nelle fasi: 1. programmazione operativa: definizione degli

obiettivi di audit e approvazione del calendario degli interventi; 2. lavoro sul campo: riunione di apertura, acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire a conclusioni fondate relativamente all'efficacia dei controlli di processo; 3. reporting e comunicazione dei risultati: stesura rapporto audit finale condiviso, rilascio verbale definitivo; 4. eventuale follow-up: processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive eventualmente indicate ad esito della verifica. A partire dal 2020 il Dipartimento amministrativo formalizzava un primo programma triennale di audit delle strutture amministrative, declinato in piani annuali e avviava le verifiche previste per la prima annualità. Nel 2021 tutte le strutture del Dipartimento amministrativo sono state sottoposte a verifica. Costituiti i gruppi di verifica – coordinati dal Direttore Amministrativo e composti dal RPCT, dal Controllo di Gestione, dalla struttura della qualità e da dipendenti di strutture differenti rispetto a quelle destinatarie degli audit – nell'ultimo trimestre del 2022, sulla base di check list predisposte dal team di verifica, le strutture sono state sottoposte a controllo. Con una modifica rispetto alla programmazione, anche per il 2022 è stato ritenuto opportuno che tutte le strutture sono state coinvolte nelle verifiche degli audit. Le evidenze delle verifiche sono state formalizzate in verbali da parte dei team di verifica. Con il corrente piano 2022 si è conclusa la prima programmazione triennale 2020-2022. L'attività di internal auditing delle attività afferenti il Dipartimento Amministrativo era finalizzata a garantire la conformità alla norma, ai regolamenti e alle procedure, e si posta l'obiettivo ulteriore di suggerire soluzioni alle criticità rilevate. L'aggiornamento annuale nei singoli piani ha permesso di adeguare i contenuti della programmazione alle mutate esigenze, al verificarsi di rischi emergenti, nonché agli esiti delle precedenti verifiche (per il 2022 uno degli ambiti su cui si è focalizzata l'attenzione è stata l'area degli appalti). Momento fondamentale è rappresentato dalla restituzione e condivisione delle verifiche alle strutture finalizzata all'avvio di azioni di miglioramento oggetto di successive e necessarie azioni di monitoraggio. I principali obiettivi a cui l'attività di audit ha teso possono essere come di seguito riassunti:

- rispondere alle aspettative della Direzione in termini di mitigazione dei rischi relativi alle attività e ai processi dell'Ente;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari;
- analizzare e verificare la coerenza delle procedure in essere rispetto alla normativa vigente, ai regolamenti interni;
- verificare l'efficacia del sistema dei controlli;
- consolidare una modalità operativa per il miglioramento della gestione dell'Ente;
- accertare, attraverso specifici interventi di follow-up, l'effettiva implementazione delle eventuali raccomandazioni emerse a seguito di verifiche precedenti al fine di verificare che la gestione dei rilievi non si tramuti in mero adempimento amministrativo.

Per l'area sanitaria, nell'ultimo trimestre dell'anno 2020 erano stati svolti, in via sperimentale, n.4 audit gestionali presso altrettante strutture. Prevista tra le misure del PTPCT 2021-2023 è stato definito uno strutturato programma di audit gestionale anche per l'area sanitaria. Il programma per il triennio 2021-2023 è declinato annualmente le verifiche sono condotte sulla base di check list di verifica. Per quanto riguarda le verifiche mirate delle misure del PTPCT riferite all'anonimato dei campioni nell'ambito delle attività di analisi, a tutela dell'imparzialità, nonché alla separazione delle funzioni del personale nelle fasi di gestione delle fasi di attività pre-analitica ed analitica, gli audit gestionali sanitari sono integrati alle

verifiche interne svolte nell'ambito del sistema della qualità. Gli audit gestionali sono condotti dal Direttore Sanitario o da altri ruoli dallo stesso individuati con competenze gestionali e gli esiti finali delle verifiche sono formalizzati. Per il 2022 si sono svolti n.6 audit gestionali sanitari: presso la sede territoriale di Pavia, presso la sede territoriale di Bergamo, presso la struttura Gestione centralizzata richieste all'utenza, presso la struttura Produzione e controllo materiali biologici, presso la struttura Chimica degli alimenti e mangimi di Brescia, presso la struttura Chimica degli alimenti di Bologna.

Gli esiti degli audit gestionali amministrativi e sanitari sono considerati nella relazione annuale del RPCT.

3.1. Il sistema di monitoraggio sull'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione, rappresenta il punto di partenza per la progettazione di nuove misure permettendo di valutare se una misura già programmata sia adeguata in termini di effettività, sostenibilità ed adeguatezza. Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l'elemento organizzativo di base, il processo, dell'attività dell'amministrazione da sottoporre a maggiore attenzione.

L'Istituto garantisce il monitoraggio sia delle misure definite nelle mappature dei processi come anche delle misure di carattere generale, quali la trasparenza, la formazione, il conflitto di interessi.

Le risultanze dei monitoraggi sono considerate dalla RPCT per la predisposizione della relazione annuale da cui deve emergere una valutazione del livello effettivo di attuazione delle misure contenute nella sezione anticorruzione del PIAO.

Anche per il 2023 il RPCT effettua l'attività di monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, per i settori di rispettiva competenza. Il monitoraggio è articolato su un doppio livello. Periodicamente ogni responsabile di struttura trasmette un'apposita rendicontazione sull'applicazione nel proprio reparto/U.O. del PTPCT e delle misure in esso programmate. Gli esiti di tali verifiche costituiscono contenuto necessario della relazione annuale del RPCT. Gli esiti dei controlli effettuati dei due Direttori costituiscono elementi di rilievo per la predisposizione del PTPCT relativo al triennio successivo. La verifica delle misure è altresì integrata nel corso degli audit gestionali amministrativi e sanitari.

Il monitoraggio delle misure ha cadenza semestrale e coinvolge tutte le misure applicate.

MONITORAGGIO	OGGETTO	TEMPI	SOGGETTI RESPONSABILI
1° semestre 2023 (periodo 1.1.2023/ 10.6.2023)	Rendicontazione da parte delle strutture al Direttore Sanitario e Amministrativo	10.6.2023	strutture complesse; strutture semplici; strutture in staff alle direzioni; articolazioni aziendali non afferenti a strutture complesse o semplici;
	Verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione e sullo stato di attuazione del Piano presso le strutture	10.7.2023	Direttore Sanitario/ Direttore Amministrativo
2° semestre 2023 (periodo 11.6.2023/ 10.11.2023)	Rendicontazione da parte delle strutture al Direttore Sanitario e Amministrativo	10.11.2023	strutture complesse; strutture semplici; strutture in staff alle direzioni; articolazioni aziendali non afferenti a strutture complesse o semplici;
	Verifica sull'attuazione	10.12.2023	Direttore Sanitario/ Direttore

	delle misure di prevenzione e sullo stato di attuazione del Piano presso le strutture		Amministrativo
--	---	--	----------------

Tenuto conto di quanto indicato dal PNA 2022, il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d. lgs. n.33/2013, lungi dall'essere un adempimento meramente formale, è funzionale al raggiungimento del valore pubblico individuato dall'Ente, in quanto permette di verificare:

➤ l'individuazione di misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
➤ l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati;
➤ l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente;
➤ l'utilizzo di formati di tipo aperto e riutilizzabili;
➤ la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato.

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente quindi al RPCT dell'IZSLER, con il necessario supporto dei referenti e dei Dirigenti/Direttori responsabili delle pubblicazioni:

- di verificare il rispetto degli aggiornamenti fissati nell'elenco degli obblighi di pubblicazione;
- di verificare la qualità e la conformità dei dati e delle informazioni pubblicate nei termini della completezza e dell'idoneità dei formati secondo quanto normativamente disposto;
- di formulare un giudizio di idoneità/non idoneità per ogni contenuto pubblicato, indicando eventualmente le principali inadempienze riscontrate.

Il monitoraggio della trasparenza svolto dall'RPCT è garantito da un applicativo informatico

Alle verifiche del RPCT si accompagna l'attività di monitoraggio posta in capo al Responsabile delle pubblicazioni, il quale, nell'ambito delle proprie competenze-

Per l'anno 2023 sono previsti due monitoraggi: il primo è calendarizzato per il 30 giugno 2023, ed il secondo per il 31 dicembre 2023, i cui esiti, come per gli anni scorsi verranno trasmessi ai dirigenti responsabili delle pubblicazioni e ai referenti, alle Direzioni, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei Conti.

Si ricorda, infine, l'attestazione annuale del NVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione selezionati da ANAC con proprio provvedimento

L'Istituto attraverso la tenuta del registro degli accessi integra l'attuazione del monitoraggio attraverso la verifica sulla pubblicazione e la corretta tenuta del registro stesso.

MONITORAGGIO	TEMPI	SOGGETTI RESPONSABILI
1° semestre 2023 (periodo 1.1.2023/ 30.6.2023)	30.6.2023	RPCT
2° semestre 2023 (periodo 1.1.2023/ 30.6.2023)	31.12.2023	RPCT

PARTE III – AREE A RISCHIO CORRUZIONE

In questa sezione del Piano vengono descritte le Aree a rischio corruzione generali e specifiche.

4 Premessa

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” si distinguono in “Generali”, ovvero riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e “Specifiche”, ossia aree 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.

4.1 Aree a rischio generali

Rientrano in tali Aree quelle categorie di attività che, per le loro caratteristiche, devono essere necessariamente presidiate. Queste sono già indicate all’art.1, comma 16, della l. n.190/2012, che recita: “[...] 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[...].”

I PNA successivi hanno definito ulteriori aree di rischio comuni a tutte le pubbliche amministrazioni. In particolare, dall’analisi del PNA 2019 si aggiungono le seguenti aree di rischio comuni:

1. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
2. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
3. Contratti pubblici;
4. Acquisizione e gestione del personale;
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. 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 pubblica amministrazione ove il rischio corruttivo si palesa con maggior facilità.

ANAC raccomanda 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;
- la pubblicazione 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, che ogni pubblica amministrazione è tenuta ad attuare concretamente, seppure in conformità alle proprie caratteristiche organizzative e funzionali.

Fondamentale, in ragione degli 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

Con riferimento ai contratti pubblici la realizzazione del nuovo assetto organizzativo ha visto, a partire dal 2021, l'avvio della nuova struttura complessa Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione, alla quale è stata attribuita la competenza strategica delle attività di programmazione di acquisti di beni, servizi e lavori, in stretto coordinamento con le UO Provveditorato economato e vendite e UO Tecnico Patrimoniale cui è assegnata la competenza della gestione delle procedure degli appalti di beni, servizi e forniture.

Tra le funzioni della nuova struttura vi è il supporto alla Direzione Strategica nelle decisioni aziendali attraverso un appropriato controllo di gestione, il supporto informativo necessario allo svolgimento delle attività dell'Istituto, il rilievo e la gestione dei bisogni necessari per le attività dell'IZSLER. All'interno della nuova struttura è stato costituito il Servizio di Ingegneria clinica e coordinamento degli acquisti e logistica cui è attribuito l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro appropriato e vantaggioso di tutte le tecnologie.

La costituzione di una U.O. dedicata alla programmazione richiede un riesame dell'intero processo di pianificazione degli approvvigionamenti in IZSLER, con particolare riferimento alla definizione del fabbisogno delle apparecchiature, dei relativi servizi di manutenzione e del materiale di scorta necessario per assicurare e non compromettere l'ottimale funzionamento dei laboratori.

Alla necessità di dare piena attuazione al nuovo assetto organizzativo si aggiunge la circostanza, sottolineata anche nel PNA 2022, rappresentata dall'attuale stratificazione normativa nella disciplina dei contratti pubblici anche di carattere derogatorio ed emergenziale, ha reso particolarmente complesso il quadro legislativo di riferimento. A ciò si aggiunge l'attuale processo di revisione del Codice degli appalti.

Al fine di contenere l'amplificarsi di rischi corruttivi e di cattiva amministrazione il PNA 2022 individua una sezione speciale dedicata alla gestione del rischio corruttivo negli appalti, individua misure di trasparenza (cfr. le indicazioni illustrative per la pubblicazione degli atti di esecuzione dei contratti), suggerisce misure di anticorruzione da applicare ai processi esposti al rischio, fornisce check list di lavoro per la gestione delle procedure più esposte al rischio che l'Istituto è tenuto ad utilizzare quali strumenti di lavoro, fornisce ulteriori indicazioni sulla gestione del conflitto di interesse nei settori che qui interessano, ribadisce le indicazioni già formulate nelle linee guida n.3 del 2016 sul ruolo del RUP. Con specifico

riferimento al ruolo del RUP l'Autorità ha fornito indicazioni che trovano applicazione per l'Istituto ribadendo in particolare tre aspetti: a) la necessaria corretta gestione del conflitto di interesse avuto riguardo al RUP, b) la rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP, c) l'individuazione di idonei percorsi di formazione specifica per i dipendenti in possesso dei requisiti idonei allo svolgimento dell'incarico di RUP affiancata a percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione. Alla luce delle deroghe introdotte dal legislatore alla disciplina dei contratti pubblici, la figura del RUP ha assunto una valenza ancor più decisiva. Al RUP è infatti demandato il compito di individuare le procedure semplificate più idonee ad accelerare l'avvio e l'esecuzione degli appalti e, nel tempo stesso, contemperare il necessario rispetto della correttezza dell'azione amministrativa. In particolare il DL n.77/2021 ha inciso sulle funzioni del RUP in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR prevedendo: l'attribuzione al RUP del compito non solo di "sottoscrivere il provvedimento di validazione delle varie fasi progettuali anche in corso d'opera, ma anche di approvarle con propria determinazione e adeguatamente motivarle.

La rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP, anche per il 2023, rappresenta per l'Istituto misura di anticorruzione fondamentale.

Le criticità su cui l'Autorità richiede particolare attenzione nelle diverse fasi del ciclo degli appalti riguardano per la fase di affidamento la possibile messa in atto di comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti possibili rischi di frazionamento o di alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalti, la mancata attuazione della rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate, mentre per quanto riguarda la fase dell'esecuzione le criticità sono relative alla gestione delle modifiche e delle varianti dei contratti in assenza dei controlli previsti dal Codice, nonché alla disapplicazione o incertezze applicative delle disposizioni derogatorie. Alla luce degli esiti degli audit gestionali condotti, dell'attività di supporto garantito alle strutture interessate nell'ambito del Dipartimento Amministrativo cui sono stati forniti nel corso del tempo indirizzi operativi, informazione sulle novità normative, nonché indicazioni sui provvedimenti dell'Autorità e sui principali orientamenti giurisprudenziali si rileva pertanto indispensabile progettare la revisione dei processi di appalto e la ridefinizione dei procedimenti gestiti, per quanto riguarda i lavori, dall'UO Tecnico Patrimoniale e, per quanto riguarda i servizi e le forniture, dall'UO Provveditorato economato e vendite. Ciò al fine di garantire il miglioramento qualitativo nella gestione delle procedure di gara, il rispetto puntuale delle disposizioni di legge, il rispetto delle tempistiche evitando ritardi nelle procedure, il puntuale attuazione del principio di rotazione, il rispetto delle disposizioni a presidio della trasparenza, buona amministrazione e anticorruzione, la realizzazione di percorsi formativi, l'accrescimento delle competenze professionali del personale coinvolto nell'ambito delle diverse strutture dell'Ente.

Particolare attenzione sarà riservata alla corretta applicazione delle disposizioni a presidio della buona amministrazione nella gestione degli appalti pubblici (a titolo meramente esplicativo e non esaustivo si indicano la corretta gestione del conflitto di interessi e e corretta costituzione e utilizzo di albi ed elenchi per l'individuazione degli operatori economici).

Tale processo di miglioramento previsto per le aree degli appalti pubblici si pone nel più ampio processo avviato nell'ambito del Dipartimento amministrativo che con il 2022 ha concluso la revisione dei processi di acquisizione del personale garantendo all'Istituto le necessarie risorse umane e sanando criticità preesistenti.

Nel 2022 è stata affidata la gestione di n.8 gare pubbliche relative all'area dell'UO Provveditorato economato e vendite e n.1 dell'UO Tecnico patrimoniale alla Centrale Unica di Committenza della Provincia di Brescia. Si tratta di un'importante misura di prevenzione nonché di uno strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti in IZSLER. Con legge Regione Lombardia 14 dicembre 2021- n.22 "Modifiche al titolo I e al titolo

VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33” ARIA spa – Agenzia regionale per l’innovazione e gli acquisti anche l’Istituto è stato ricompreso tra i soggetti che possono usufruire dei servizi offerti per la gestione delle procedure di gara. Nel 2022 è stata affidata la gestione di n.1 gara pubblica relativa all’area dell’UO Provveditorato economato e vendite e n.1 estensione di un incarico già affidato ad ARIA nell’ambito di una procedura di appalto dell’area dell’UO Tecnico Patrimoniale.

Alla stessa esigenza di semplificazione ed efficientamento dell’attività di approvvigionamento, risponde la costituzione di una rete fra i dieci II.ZZ.SS. per l’affidamento di appalti di beni e servizi di carattere comune. Il ricorso alle centrali uniche di committenza per la gestione delle gare pubbliche sarà misura da perseguire anche per il 2023

Già il PTPCT 2017-2019 promuoveva il rafforzamento del livello di trasparenza nel settore dei contratti pubblici, adempiendo a quanto previsto dall’art.29 del d.lgs. n.50/2016 e dall’art.37 del d.lgs. n.33/2013, come sostituito dal d.lgs. n.97/2016.

Ai fini che qui interessano si ricordano le disposizioni di cui al D.L. 16 luglio 2020, n.76 convertito in legge 11 settembre 2020, n.120 per ciò che concerne le procedure relative all’aggiudicazione dei contratti pubblici sopra soglia finalizzate a far fronte alle ricadute economiche negative a seguito delle misure di contenimento e dell’emergenza sanitaria globale del COVID-19. In particolare, l’articolo 2, comma 6 del D.L. medesimo dispone che *“Gli atti delle stazioni appaltanti adottati ai sensi del presente articolo sono pubblicati e aggiornati nei rispettivi siti internet istituzionali, nella sezione «Amministrazione trasparente» e sono soggetti alla disciplina di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”*.

Alla luce del permanere delle discipline transitorie per l’espletamento delle procedure in via emergenziale per la fornitura di beni e servizi e per l’esecuzione di lavori sotto soglia, per il 2023 le strutture interessate dovranno individuare e realizzazione particolari misure di trasparenza dei processi di acquisizione in emergenza e derogatori rispetto alla regolare disciplina delle procedure.

Nel 2021 per quanto riguarda l’area degli appalti pubblici l’Istituto ha provveduto all’approvazione del Regolamento degli incentivi per le funzioni tecniche per la disciplina, costituzione e ripartizione del fondo delle risorse finanziarie ex art. 113 del D.Lgs. n.50/2016. Nel corso del 2022 si è avviata da parte delle strutture la pratica attuazione dei contenuti del regolamento. L’applicazione delle disposizioni regolamentari in tema di incentivo tecnico alla progettazione hanno richiesto il coinvolgimento del RPCT e del dirigente dell’UO gestione servizi contabili nella verifica degli atti adottati che ha portato, in questa fase di avvio applicativo, anche all’annullamento in autotutela degli atti viziati.

Si segnala qui un’importante misura di prevenzione e di efficientamento delle attività nell’ottica di una buona amministrazione che avrà piena applicazione nel 2023 rappresentata dall’introduzione dell’utilizzo delle carte di credito presso le sezioni territoriali in sostituzione dell’uso del contante. L’introduzione delle carte di credito aziendali richiederà l’adeguamento dell’attuale regolamento sull’utilizzo delle carte di credito aziendali.

L’affidamento dei servizi legali

In materia di affidamento dei servizi legali ANAC, con delibera n.907 del 24 ottobre 2018, ha approvato in via definitiva le Linee Guida n. 12 con le quali, 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 individuato le migliori pratiche per l’affidamento dei servizi legali di cui all’art. 17 del d.lgs. n.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. Questa impostazione ha trovato conferma nella giurisprudenza amministrativa e segnatamente in una recente sentenza del TAR Lazio Roma, Sez. II-ter del 2 ottobre 2019 n.11494. Lo stesso TAR ha altresì precisato che l'adozione di un avviso pubblico per la formazione di un elenco di avvocati, ai quali conferire incarichi di patrocinio e di difesa legale, costituisce attuazione delle buone pratiche indicate dall'ANAC nelle Linee Guida n.12.

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), agiva, 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.

Successivamente nel corso del 2020, a seguito di formale richiesta di ammissione dell'Istituto al patrocinio dell'Avvocatura dello Stato, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7.08.2020, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 28.09.2020, l'Avvocatura dello Stato è stata autorizzata ad assumere la rappresentanza e la difesa dell'Istituto nei giudizi attivi e passivi avanti le autorità giudiziarie, i collegi arbitrali, le giurisdizioni amministrative e speciali.

Ai sensi dell'art. 43 RD 30 ottobre 1933 n. 1611 - T.U. delle leggi e delle norme giuridiche sulla rappresentanza e difesa in giudizio dello Stato e sull'ordinamento dell'Avvocatura dello Stato, qualora sia intervenuta l'autorizzazione ad assumere la rappresentanza e difesa di amministrazioni pubbliche non statali, queste sono assunte dall'Avvocatura dello Stato in via organica ed esclusiva, eccettuati i casi di conflitto di interessi con lo Stato e con le regioni. Salve le ipotesi di conflitto, ove tali amministrazioni intendano in casi speciali non avvalersi dell'Avvocatura dello Stato, debbono adottare apposita motivata delibera da sottoporre agli organi di vigilanza.

Pertanto, a seguito del citato decreto autorizzativo, l'Istituto si avvale di regola del patrocinio e dell'assistenza dell'Avvocatura dello Stato.

4.2 Aree a rischio specifiche

Come anticipato, le singole pubbliche amministrazioni devono individuare aree specifiche, identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione dell'ente, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione. L'approfondimento in materia di sanità, contenuto nell'aggiornamento 2015 al PNA e di cui alla Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015, riporta 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, la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023-2025 individua per l'IZSLER le seguenti quattro 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;**

- **Gestione delle attività di ricerca;**
- **Attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione e altre tecnologie.**

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

L'IZSLER, quale ente sanitario di diritto pubblico, 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 affidato all'IZSLER e con dirette ed importanti 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.

È pertanto indispensabile l'individuazione e l'applicazione di 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. L'attivazione del reparto "*Gestione Centralizzata delle richieste dell'utenza*" ha come obiettivo l'accentramento presso un'unica struttura delle attività di accettazione dei campioni, al fine di garantire maggiore efficienza ed imparzialità.

Risulta necessario confermare le misure preventive di segnalazione di tutte le malattie per le quali ne è previsto l'obbligo anche a seguito dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo 5 Agosto 2022, n. 136 che ha abrogato il Regolamento di Polizia Veterinaria di cui al DPR n.320/1954. Il Decreto ha modificato l'elenco delle malattie infettive per le quali è obbligatoria la segnalazione disponendo un notevole incremento delle segnalazioni previste. Nella formalizzazione delle segnalazioni di competenza l'Istituto si attiene alle modalità procedurali indicate dalle due Regioni di riferimento (prot.22142 del 17/10/2022 e 17491 del 18/08/2022).

Parimenti si confermano le misure preventive di segnalazione dei rischi per il consumatore nel settore della sicurezza alimentare.

Per quanto riguarda l'anno 2022, con nota prot. n.26475/2022 il Direttore Sanitario ha relazionato in ordine all'assolvimento degli obblighi di segnalazione osservando che la misura è risultata pienamente applicata presso tutte le sedi campionate.

4.2.2 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. Tale attività garantisce all'Istituto l'utilizzo di informazioni di carattere tecnico-scientifico, che derivano 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 di tutela della salute, una qualificata conoscenza dei processi di produzione.

Il principale rischio corruttivo legato a tale 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") dei soggetti che effettuano le operazioni analitiche dai soggetti che firmano il rapporto di prova, il controllo e il monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni di laboratorio.

Già nel 2018 la Direzione Sanitaria emanava le Linee Guida aziendali recanti il programma aziendale per la corretta gestione del conflitto di interessi tra "attività privatistica" ed "attività pubblicistica". E successivamente nel corso del 2019, il programma per la corretta gestione del conflitto di interesse tra "attività privatistica" ed "attività pubblicistica" era nuovamente aggiornato da parte della Direzione Sanitaria con la definizione delle nuove "Linee aziendali per la gestione del conflitto di interesse nell'attività analitica ufficiale e non ufficiale" (nota prot. 10482/2019).

Nel corso dell'anno 2020, nell'ambito di un obiettivo assegnato ai Dipartimenti sanitari finalizzato alla predisposizione di un programma per la separazione delle attività ufficiali e di quelle in autocontrollo, è stato avviato il percorso di separazione tra attività ufficiale e di autocontrollo in materia di sicurezza alimentare. Come relazionato dal Direttore Sanitario, presso le sedi territoriali dell'Emilia Romagna, la separazione tra attività ufficiali e in autocontrollo si è realizzata nel 2020. Nel corso dell'anno 2021, come da rendicontazione da parte della Direzione Sanitaria (nota prot.n. 30279/2021) si è completata per l'Istituto l'attuazione della separazione fisica tra attività ufficiali e di autocontrollo, salvo casi di incompatibilità tecnica dovuta a deperibilità del campione e/o al superamento dei termini prescritti per l'inizio della prova.

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 (indipendentemente dalla relativa qualificazione giuridica) instauri con l'IZSLER un rapporto negoziale di durata, mediante stipula di apposito contratto. Ciò nell'ottica di assicurare parità di

trattamento e imparzialità 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. Il Consiglio di Amministrazione ha 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 17 sedi territoriali – 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.

In conformità alla nuova politica degli sconti adottata dall'Istituto in data 11 settembre 2019, il Direttore Sanitario facente funzioni di Direttore Generale, con decreto n. 279/2019, ha approvato un nuovo schema di contratto standard per prestazioni di laboratorio e/o servizi a favore dell'utenza, consultabile nella pagina *web* del sito istituzionale raggiungibile al seguente [link https://www.izsler.it/servizi-cosa-facciamo/contratti-per-prestazioni-di-laboratorio-e-o-servizi/](https://www.izsler.it/servizi-cosa-facciamo/contratti-per-prestazioni-di-laboratorio-e-o-servizi/) ove sono altresì pubblicati il modulo di richiesta contratto, nonché tutti i documenti richiamati nel testo contrattuale (tariffario, documentazione sull'accreditamento delle prove, scontistica, codice di comportamento, PTPCT, patto di integrità, informativa *privacy*). Si tratta di un unico schema contrattuale, per qualunque settore di attività, di durata triennale, in cui è stata evidenziata la rilevanza del vincolo di scopo e la necessità che l'attività contrattuale sia svolta in subordine ai compiti istituzionali, nonché l'importanza di una corretta gestione del conflitto di interessi tra l'attività contrattuale e quella ufficiale di controllo, attraverso l'introduzione di specifici articoli. Nel nuovo schema è stata introdotta altresì una apposita clausola sulla prevenzione della corruzione con il richiamo al rispetto non solo del patto di integrità adottato dall'Istituto, bensì, per quanto applicabile, del codice di comportamento e del PTPCT dell'Istituto.

Il monitoraggio condotto dal Direttore Sanitario e dal Responsabile assicurazione qualità sull'attuazione del PTPCT 2022-2024 nell'applicazione delle misure di prevenzione previste, ha evidenziato la sistematicità nell'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro tesa a garantire l'assenza di conflitto di interesse. L'applicazione della misura è risultata assolta nel rispetto del target previsto.

Un profilo di criticità è rappresentato infine dall'esecuzione di attività analitica a favore di laboratori di analisi privati. Le richieste avanzate da tali laboratori potrebbero avere infatti ad oggetto aliquote di campioni già esaminate dall'IZSLER nell'esecuzioni di controlli ufficiali.

Si è chiuso con l'assoluzione il procedimento penale per truffa e falso che vedeva coinvolto, tra gli altri, un ex dirigente dell'Istituto nell'ambito dello svolgimento di attività d'analisi. Le irregolarità riscontrate è stato accertato dal giudice furono causate da un mal funzionamento del sistema informativo e non dall'operato della persona.

4.2.3 Gestione delle attività di ricerca – Attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione ed 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.

L'aggiornamento 2017 al PNA, approvato da ANAC con delibera n.1208 del 22 novembre 2017, dedica uno specifico approfondimento alle istituzioni universitarie e, nell'ambito di queste, all'attività di ricerca, prevedendo che le valutazioni ivi contenute possono essere applicate, entro i limiti di compatibilità, agli enti di ricerca.

Coerentemente a quanto indicato dal PNA 2015 e poi ulteriormente sviluppato nel PNA 2017, anche in IZSLER l'attività di ricerca è stata individuata come area a rischio specifica.

Il PNA 2015 valutava indispensabile - in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali - l'adozione di un ampio numero di misure di prevenzione "in particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le

relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione."

L'analisi effettuata dal PNA 2017 invece *"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".*

Il PNA 2017 ha individuato rischi specifici e possibili correlate misure di prevenzione in ciascuna delle fasi del ciclo di vita della ricerca:

- in relazione alla fase della progettazione della ricerca all'interno di atenei ed enti di ricerca, sia essa volta al concorso al finanziamento su fondi propri, ovvero ad elaborare progetti internazionali o nazionali, uno dei rischi che può verificarsi riguarda le asimmetrie informative circa le opportunità di finanziamento, che finisce per favorire – anche per omissione – determinati ambiti o precisi soggetti rispetto ad altri;
- scarsa trasparenza e scelte discriminatorie vengono individuate come possibili rischi nelle attività di valutazione e finanziamento dei progetti di ricerca, per la quale *"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"*
- 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 [...]".*

Il PNA 2017 invitava altresì il MIUR a raccomandare alle Università (e, per quanto compatibile, agli Enti pubblici di ricerca) l'adozione di misure volte a contrastare fenomeni di corruzione, di cattiva amministrazione e di conflitto di interessi. A tale invito il MIUR dava seguito a maggio del 2018, con l'Atto di indirizzo in materia di anticorruzione. L'Atto di indirizzo è rivolto principalmente agli Atenei, ma contiene elementi utili nella gestione delle attività a rischio corruzione anche per gli enti di ricerca non afferenti al MIUR.

In ragione delle indicazioni dei Piani Nazionali Anticorruzione, l'Istituto ha provveduto, a partire dal 2014, alla costante revisione e miglioramento della mappatura dei processi e all'individuazione di alcuni rischi e misure di prevenzione nell'ambito delle attività di ricerca in IZSLER, tenendo conto delle peculiari caratteristiche dell'Istituto e della sua organizzazione interna.

Coerentemente a quanto previsto dal PNA 2017, l'area della ricerca in Istituto è suddivisa secondo due criteri: la natura dei finanziamenti (la ricerca su fondi pubblici e privati con finalità pubbliche, la ricerca commissionata da privati, i progetti attivati con fondi propri – cosiddetti progetti autofinanziati, nonché le attività di ricerca assegnate all'ente dal Ministero della Salute tramite specifiche convenzioni) e l'articolazione del ciclo di vita della ricerca (segnalazione dei bandi; presentazione ed approvazione delle proposte progettuali; valutazione/approvazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca con la valutazione degli esiti).

In sintesi, in risposta ai rischi descritti dai PNA ed alle precisazioni contenute nell'Atto di

indirizzo del MUR, i PTPCT dell'IZSLER hanno introdotto diverse misure di prevenzione del rischio, tra cui:

A) Fase di segnalazione dei bandi

- al fine di garantire l'accesso paritario alle opportunità di finanziamento, i bandi sono diffusi attraverso comunicazioni effettuate a mezzo e-mail nei confronti di tutti i dirigenti sanitari e/o - in ragione della tipologia di bando - dei membri del Gruppo di Supporto alla Ricerca, in rappresentanza dei diversi Dipartimenti sanitari;
- i bandi segnalati sono inseriti in un'apposita sezione del sito istituzionale, dedicata alla pubblicità dei bandi di finanziamento;
- con l'obiettivo di favorire la circolazione delle informazioni e garantire l'opportunità di partecipazione ad un programma di ricerca particolarmente complesso, nel corso del 2021 è stata predisposta un'apposita sezione del sito istituzionale interamente dedicata al Programma Europeo della Ricerca, contenente informazioni sul programma, documenti di interesse, delegati nazionali e National Contact Points, link ai Work Programme, e che è stata ulteriormente aggiornata;
- è stata inoltre ulteriormente implementata la intranet aziendale, inserendo una sezione dedicata alla ricerca autofinanziata, contenente il bando ed i criteri usati per la valutazione dei progetti e la distribuzione delle risorse.

B) Fase di presentazione ed approvazione delle proposte progettuali

- gestione del conflitto di interessi, attraverso il rilascio della dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del responsabile scientifico con IZSLER capofila e attestazione da parte del dirigente sovraordinato;

C) Fase di valutazione e finanziamento

- valutazione preventiva dei progetti di ricerca con IZSLER capofila nella fase di presentazione;
- assegnazione dei progetti "anonimi" ai referee esterni per i programmi di ricerca sottoposti a valutazione preventiva ed acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei referee;

D) Fase di svolgimento della ricerca

- valutazione ed approvazione da parte della Direzione di tutte le richieste di proroga e di rimodulazione del budget dei progetti, avanzate dai responsabili scientifici, preventivamente alla trasmissione all'ente finanziatore;
- valutazione dei risultati della ricerca, mediante verifica delle relazioni scientifiche finali, propedeutica all'invio delle stesse all'ente finanziatore;
- previsione di un sistema di valutazione ex post degli output dei progetti della ricerca corrente, anche in coerenza con l'indicazione di ANAC di verificare nella fase conclusiva (esito e diffusione dei risultati) l'effettivo svolgimento delle ricerche e i risultati conseguiti.

Negli anni, sono state inoltre introdotte diverse misure di trasparenza: pubblicazione dei principali dati degli accordi con i partner, dei finanziamenti pubblici e privati assegnati all'IZSLER per lo svolgimento dei progetti di ricerca, dei dati sulla rendicontazione economica dei progetti conclusi, delle informazioni relative ai diritti di proprietà industriale ed all'Impact Factor della produzione scientifica, dei contributi 5 per mille assegnati all'ente.

In tema di ricerca, nel 2022 sono state introdotte in Istituto alcune azioni di miglioramento, relative a due ambiti:

- Ricerca Corrente: è stata ridefinita la programmazione per la presentazione dei progetti, attraverso un nuovo iter interno di valutazione e selezione delle idee progettuali
- Ricerca Autofinanziata: è stata formalizzata una procedura interna attraverso bandi specifici.

Le nuove procedure, con l'obiettivo principale di razionalizzare i tempi e migliorare la selezione delle proposte progettuali, individuano altresì misure organizzative di integrità che favoriscono, nella selezione dei progetti, criteri di valutazione e di distribuzione dei fondi ispirati a una proporzionalità fondata sul merito e sulla rilevanza dei progetti di ricerca.

Il referaggio esterno dei progetti, prima effettuato dal Comitato Tecnico Scientifico, viene ora svolto - sia per la ricerca corrente che per la ricerca autofinanziata - da referee esterni, appositamente incaricati a seguito di apposite procedure comparative. La valutazione dei referee, per la quale viene garantita l'anonimizzazione dei progetti loro assegnati, viene svolta tramite criteri predefiniti, come la chiarezza della proposta, l'impatto, l'originalità e l'efficacia del progetto, l'adeguatezza delle professionalità e del budget per raggiungere gli obiettivi di progetto.

Sia per la Ricerca Corrente che per la Ricerca Autofinanziata, inoltre, le nuove procedure adottano modalità dirette a garantire imparzialità di giudizio, con la netta separazione tra la fase di verifica preventiva dei progetti, la fase di valutazione degli stessi e la fase di audit, nonché tra i soggetti ad esse deputati. La prima è infatti effettuata dalla Direzione Sanitaria e dal Gruppo di Supporto, la seconda dai referee esterni, l'ultima dal Comitato Tecnico Scientifico.

Le nuove procedure di programmazione della ricerca corrente ed autofinanziata, infine, contribuiscono a produrre effetti positivi sulla corretta gestione dei progetti. Tra gli effetti evidenti delle nuove procedure, un'ottimizzazione dei tempi che consente un'adeguata programmazione delle risorse umane e strumentali e l'individuazione di budget più appropriati per raggiungere gli obiettivi di progetto.

Nell'ambito della ricerca, inoltre, sono procedute nel corso del 2022 le procedure concorsuali di selezione del personale della ricerca sanitaria (cosiddetta "Piramide della Ricerca" di cui alla legge n.205 del 27.12.2017), dopo una prima fase di regime transitorio e le procedure di reclutamento a regime avviate nel 2021. L'Istituto ha così atteso alle finalità della legge istitutiva della "Piramide", di contrasto alle forme di precariato del personale di ricerca, procedendo alle assunzioni di tale personale con contratti a tempo determinato ed eliminando il ricorso alle borse di studio.

Si segnala, da ultimo, quali misure di carattere generale finalizzate a garantire o incrementare la trasparenza e l'integrità della ricerca in IZSLER, che l'IZSLER ha introdotto previsioni specifiche dedicate alla ricerca nel proprio Codice di Comportamento aziendale, che contribuiscono ad accrescere la consapevolezza dei ricercatori sui temi dell'integrità, nonché nel nuovo regolamento interno sui progetti di ricerca dell'Istituto - adottato con decreto del Direttore Generale n. 454 del 30/11/2021 - che, oltre alla definizione dei ruoli e delle procedure interne di gestione dei progetti, formalizza i principi fondamentali di integrità della ricerca scientifica.

La mappatura/valutazione/ponderazione del rischio e le misure allegare al presente Piano rappresentano il risultato del percorso sopra delineato.

La mappatura dei processi e le attività di valutazione/trattamento del rischio relativamente alle attività di ricerca in IZSLER, sono state svolte in base alle indicazioni formulate dall'allegato n.1 al PNA 2019.

Per quanto riguarda le misure di prevenzione del rischio, sono state confermate le misure già in vigore nel 2022.

PARTE IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

5 Obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2023-2025

Ai sensi della l. n.190/2012 l'organo di indirizzo politico definisce gli obiettivi strategici in materia

di prevenzione della corruzione e trasparenza, i quali costituiscono contenuto necessario della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e di tutti i documenti di programmazione strategico-gestionale adottati dall'Ente. Detti documenti devono coordinarsi tra loro in modo da garantire la creazione di un sistema organico, coerente ed efficiente di pianificazione delle attività dell'Ente. Gli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza si integrano necessariamente con il ciclo della performance.

In particolare, tra gli obiettivi dell'Ente in tema di anticorruzione e trasparenza si conferma anche per il triennio 2023 - 2025 il miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione che si avvarrà di strumenti di verifica a carattere periodico volti in maniera specifica a valutare la regolare e puntuale attuazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo nonché l'attuazione delle misure previste e consolidamento del processo di pubblicazione in Amministrazione Trasparente che prevedono, tra le azioni da realizzare (con propri indicatori e target), il raggiungimento di un elevato livello di trasparenza e di un adeguato sistema di anticorruzione.

Le articolazioni aziendali hanno tra gli obiettivi annuali quelli relativi agli adempimenti connessi alla normativa sulla trasparenza e prevenzione della corruzione e la valutazione della performance dei dirigenti di struttura tiene conto dell'attuazione degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Per il triennio 2023-2025, il Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER intende proseguire nel processo già avviato di contrastare ogni forma di illegalità nella propria organizzazione intervenendo per:

Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione

prioritariamente attraverso il corretto espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio corruzione, nonché la corretta gestione dei casi di conflitto di interessi;

Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione

mediante l'integrazione ed implementazione dei sistemi di controllo interni;

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.

L'Istituto individua quale obiettivo generale di anticorruzione e trasparenza *“l'attuazione del nuovo PNA 2022 per creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento e implementazione delle procedure”*. L'obiettivo generale si articolerà e svilupperà in molteplici ambiti, in particolare saranno declinazione dell'obiettivo generale sopra descritto:

1. La reingegnerizzazione della sezione Amministrazione Trasparente: implementazione e riorganizzazione dei contenuti;
2. La revisione dei processi e delle procedure di appalto di lavori e per l'acquisto di servizi e forniture secondo le indicazioni del PNA 2022;
3. Il miglioramento e adeguamento alle nuove indicazioni metodologiche del PNA 2022 in ordine alle ipotesi di conflitto di interesse e incompatibilità successive.
4. Sviluppo e sedimentazione del sistema di audit gestionale;
5. La formazione e sensibilizzazione sui temi dell'etica e della legalità.

La realizzazione degli obiettivi sopra descritti richiede necessariamente l'informatizzazione del processo di gestione dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo, dalla fase di descrizione e mappatura dei processi alle fasi di rendicontazione e verifica delle misure, attraverso l'individuazione di un sistema integrato e finalizzato alla condivisione di informazioni.

La presente sezione del PIAO si coordina altresì con il piano pluriennale delle attività dell'Ente approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.9/2020 che individua nel PTPCT "[...]il principale atto programmatico attraverso il quale l'Istituto - in attuazione della legge n.190/2012 ed in conformità con il PNA vigente - definisce la propria strategia di contrasto alla "cattiva amministrazione". Il Piano pluriennale, inoltre, precisa che "[...].

6 Il processo di gestione del rischio del PIAO 2023-2025.

Già con il PTPCT 2020-2022 l'IZSLER avviava la graduale applicazione delle nuove indicazioni metodologiche per la gestione del rischio contenute nel PNA 2019.

Allo scopo di facilitare l'adeguamento alle nuove indicazioni metodologiche e di fornire il necessario coordinamento veniva predisposta un'apposita scheda per la gestione del rischio. La predetta scheda ancora attuale ha un formato tabellare ed è suddivisa in quattro parti come di seguito riportate.

La prima parte è dedicata alla rappresentazione della mappatura dei processi.

ELENCO DEI PROCESSI				
area di rischio	processo	descrizione	fase/attività	unità organizzativa competente

La seconda è dedicata all'identificazione per ognuna delle fasi/attività di ciascun processo dei possibili eventi rischiosi e delle relative cause.

REGISTRO DEI RISCHI				
area di rischio	processo	fase/attività	evento rischioso	fattore abilitante del rischio corruttivo

La terza parte è finalizzata alla misurazione del livello di esposizione al rischio corruzione di ognuna delle fasi/attività di ciascun processo.

VALUTAZIONE DEI RISCHI						
		INDICATORI DI LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO				
processo	fase/attività	indicatore n.1	Indic. n.2	...indic. n.9	giudizio sintetico sul livello di esposizione al rischio	Motivazione della misurazione finale

Sulla base dell'esemplificazione proposta da ANAC e tenuto conto delle peculiarità dell'IZSLER, erano state definiti in via preliminare ed inseriti in tale sezione della scheda nove indicatori del livello di esposizione al rischio. Per ciascun indicatore sono state individuate misurazioni predefinite, tra le quali il soggetto valutatore (il responsabile di struttura) è chiamato a scegliere, sulla base dei dati e delle informazioni in proprio possesso (dati giudiziari, procedimenti disciplinari, durata dei procedimenti, segnalazioni, reclami, informazioni di stampa, richieste di riesame, etc.).

Di seguito sono elencati i nove indicatori scelti, le corrispondenti misurazioni, con una descrizione esemplificativa dei possibili elementi rilevanti ai fini della misurazione stessa.

INDICATORE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	POSSIBILI MISURAZIONI	ESEMPLIFICAZIONE DI ELEMENTI RILEVANTI PER LA MISURAZIONE
1 – GRADO DI DISCREZIONALITÀ DELLA FASE/ATTIVITÀ	ALTO	La fase/attività è caratterizzata da ampia discrezionalità sia nella definizione delle finalità sia nella individuazione delle soluzioni organizzative sia nella gestione operativa
	MEDIO	La fase è caratterizzata da una discrezionalità apprezzabile nella definizione degli obiettivi e/o da una discrezionalità circoscritta nell'individuazione delle soluzioni organizzative ovvero la fase risulta sufficientemente procedimentalizzata
	BASSO	La fase/attività è predeterminata nelle finalità ovvero presenta un livello modesto di discrezionalità ovvero ad ogni obiettivo corrisponde una soluzione organizzativa e/o un modello di gestione predefinito
2 – LIVELLO DI INTERESSE DEL DESTINATARIO DEL PROCESSO	ALTO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) molto rilevante
	MEDIO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) non particolarmente rilevante
	BASSO	Non sussistono interessi tali da generare possibili influenze sull'attività/fase
3 - PRESENZA DI ATTI CORRUTTIVI IN IZSLER (LEGATI AL PROCESSO/FASE/ATTIVITÀ)	Sì	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "cattiva amministrazione") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
4 – PRESENZA DI EVENTI CORRUTTIVI NELLA P.A. IN GENERALE	Sì	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "cattiva amministrazione") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
5 - OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE: PER TUTTE LE FASI DEL PROCESSO L'IZSLER HA ADOTTATO STRUMENTI DI TRASPARENZA	SI	Sono state già introdotte in IZSLER misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
	NO	Non sono state introdotte in IZSLER misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
6 – SONO STATE INTRODOTTE IN IZSLER MISURE DI PREVENZIONE	Sì	I precedenti PTPCT hanno introdotto misure di prevenzione per la fase/attività

PER RISCHI ASSOCIATI AL PROCESSO/ATTIVITÀ/FASE?	NO	NON è presente alcuna misura di prevenzione della corruzione
7- LE MISURE DI PREVENZIONE ESISTENTI SONO STATE APPLICATE CORRETTAMENTE (IN BASE AL MONITORAGGIO DEGLI ULTIMI DUE ANNI)?	Sì	Il monitoraggio ha dato esito favorevole: le misure introdotte vengono correttamente applicate
	NO	Il monitoraggio ha dato esito non favorevole: le misure introdotte non risultano correttamente applicate
	MISURE DI PREVENZIONE NON PREVISTE	Misure di prevenzione non previste
8 – È NECESSARIO INTRODURRE NUOVE MISURE PER ACCRESCERE IL LIVELLO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO?	Sì	Il valutatore indica, anche sulla base degli esiti dei monitoraggi, se le misure già applicate possano considerarsi efficaci ovvero se ritenga necessario introdurre nuove e/o diverse misure
	NO	
9 – LIVELLO DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DEL PROCESSO?	ALTO	Il valutatore indica il livello di rotazione del personale nella gestione dei processi afferenti alla struttura.
	MEDIO	
	BASSO	
	NON ATTUABILE	

La quarta ed ultima parte della scheda è destinata a contenere le misure individuate per il trattamento del rischio e la loro programmazione, con indicatori e *target* idonei ed utili per il successivo monitoraggio.

INDIVIDUAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE								
processo	fase/attività	misura	tipologia di misura	tempi di attuazione della misura	indicatore	target	responsabile dell'attuazione	Unità organizzativa

Con il PTPCT 2020-2022 si riteneva, in prima applicazione, di graduare l'applicazione della nuova metodica di gestione del rischio soltanto ad alcune strutture. Il processo è stato completato con il PTPCT 2021-2023.

Pertanto per il 2022 le strutture sono state orientate, a partire dal lavoro fatto, ad avviare un processo di riesame al fine di rendere la gestione dell'intero processo di rischio sempre più coerente e completa.

7 Misure generali di prevenzione della corruzione

Sono di seguito individuate tutte le misure di carattere generale e trasversale di contrasto alla corruzione introdotte nell'ordinamento dell'IZSLER. Per ciascuna misura viene specificato lo stato dell'arte e la programmazione.

7.1 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.

7.2 Codice di Comportamento

I Codici di Comportamento rivestono un ruolo essenziale nella strategia di prevenzione della corruzione elaborata dalla l. n.190/2012, in quanto costituiscono uno strumento essenziale per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con i PTPCT.

L'IZSLER, recependo le indicazioni fornite da ANAC, da ultimo con le "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" di cui alla delibera n.177 del 19.2.2020, ha adottato a fine 2021 un nuovo Codice di Comportamento, che tiene altresì conto dei contenuti dei contratti collettivi di lavoro di più recente sottoscrizione nonché del mutato assetto organizzativo dell'Istituto.

CARATTERISTICHE DEL NUOVO CODICE DI COMPORTAMENTO
contiene unicamente riferimenti aventi carattere giuridico-disciplinare;
disciplina la procedura di gestione del conflitto di interessi, prevedendo un sistema di controlli gerarchicamente organizzati coerenti alla nuova architettura dell'Istituto;
è connesso strettamente con il PTPCT, correlando i doveri di comportamento dei dipendenti con le misure di prevenzione della corruzione;
sottolinea il collegamento tra sistema di misurazione e valutazione della performance e rispetto dei doveri di comportamento nell'ambito del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
definisce i doveri di comportamento del dipendente nell'ambito dello svolgimento della propria attività lavorativa in modalità agile (c.d. smart working) e nell'utilizzo delle piattaforme di rete e dei social media sia istituzionali che privati, nonché nell'ambito della gestione dei reclami.

Nella seconda parte del 2022 è stato organizzato uno specifico evento formativo volto ad illustrare a tutti i dipendenti i contenuti e le disposizioni del Codice, proprio a partire dalle novità introdotte con la recente revisione. Il corso è stato reso fruibile anche in modalità FAD onde garantire a tutti i dipendenti (compresi i neoassunti e i nuovi borsisti) una adeguata attività formativa.

7.3 Rotazione del personale

La rotazione ordinaria

La rotazione del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla Legge n.190/2012 (art.1 comma 4 lett. e, co. 5 lett. b, comma 10 lett. b). La finalità della rotazione c.d. ordinaria 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, conseguenti alla permanenza nel tempo nel medesimo ruolo o funzione.

Tale misura deve essere vista, innanzitutto, come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane e non come strumento da assumere in via emergenziale o con valenza punitiva.

L'IZSLER, già nel PTPCT 2016 – 2018, individuava le principali azioni in materia di rotazione del personale. In particolare, veniva previsto per i dirigenti di struttura complessa il compito di formulare specifiche proposte al Direttore Generale per la rotazione nell'ambito delle rispettive strutture.

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 evidente anche 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. Con riferimento ad attività quali consulenze e sopralluoghi, 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. 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 a definire in futuro un sistema compiuto e programmato di *turn over*. Il Direttore 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 invece 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.

Invero, in termini generali, è opportuno rilevare come la rotazione del personale, sebbene misura di prevenzione della corruzione imprescindibile, vada comunque attuata in modo non confliggente con l'ottimale funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Ente, in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione.

Il PNA 2019 ribadisce infatti che la rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio corruzione, rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione ma, al contempo, precisa che la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche. Da un punto di vista soggettivo, la rotazione ordinaria deve invece essere attuata tenendo conto della necessità di tutela dei diritti dei dipendenti soggetti alla misura e dei diritti sindacali.

Lo stesso PNA del 2019 prevede in merito che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria come misura di prevenzione della corruzione, a ragione dei richiamati vincoli di natura soggettiva od oggettiva, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, come ad esempio l'articolazione delle competenze, la c.d. "*segregazione delle funzioni*", con cui sono attribuiti a soggetti diversi compiti relativi allo svolgimento di istruttorie e accertamenti, all'adozione delle decisioni, all'attuazione delle decisioni prese ed all'effettuazione delle verifiche.

L'IZSLER è dunque tenuto a sviluppare una adeguata programmazione della rotazione ordinaria del personale, definendo i criteri per la sua attuazione, individuando le strutture interessate, nonché la periodicità e le caratteristiche della rotazione medesima, se funzionale o territoriale.

Tanto considerato, si ricorda che l'Istituto, in data 25 luglio 2017, con decreto del Direttore Generale n. 339, ha adottato una procedura di rotazione del personale, ad integrazione del Regolamento interno di affidamento, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, cui si rinvia compiutamente.

La predetta procedura definisce i criteri di rotazione dei dirigenti del ruolo Veterinario, Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo (art.4) e del personale non dirigenziale con funzioni di responsabilità (art.5), oltre a prevedere i criteri per l'individuazione delle figure c.d. infungibili, le misure alternative alla rotazione e la modalità di verifica sull'effettiva rotazione degli incarichi. In particolare, la durata degli incarichi dirigenziali, con riferimento alle aree ed attività a più elevato rischio corruzione, è fissata al minimo legale (in linea con quanto previsto dall'Allegato n. 2 al PNA 2019). Inoltre, l'art.5 della stessa procedura stabilisce in 6 anni il periodo di permanenza del personale non dirigenziale nel settore di assegnazione riconosciuto a più elevato rischio di corruzione, al fine di evitare che il periodo di rotazione di tale personale si sovrapponga con la durata degli incarichi dirigenziali, ed individua nel 15 % la percentuale massima di personale non dirigenziale da coinvolgere nella rotazione.

Quali misure "*alternative alla rotazione ordinaria*" di natura preventiva, l'Istituto ha inoltre adottato meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, in particolare nelle aree identificate come più a rischio, quale forma di corresponsabilità del procedimento.

A titolo esemplificativo, nei procedimenti di reclutamento del personale e/o di affidamento di incarichi è stata applicata, oltre alla c.d. segregazione di funzioni, la misura della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo (o della proposta conclusiva dell'istruttoria) da parte sia del soggetto istruttore della pratica sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale.

Si ricorda sul punto che la procedura interna, oltre alla c.d. "rotazione delle pratiche" e al meccanismo della "doppia sottoscrizione" individua quali misure alternative alla rotazione:

- l'adozione di specifiche misure di controllo interno dei procedimenti a rischio alto;
- l'adozione di misure di formazione specifica dei soggetti coinvolti e maggiormente esposti a rischio di corruzione.

L'Istituto si propone altresì per il prossimo triennio di privilegiare, in particolare, un'organizzazione del lavoro flessibile che preveda:

- un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, attraverso l'analisi dei carichi di lavoro;
- periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività con altro operatore, che nel tempo potrebbe sostituirlo;
- la circolarità delle informazioni, attraverso la trasparenza interna delle attività, al fine di aumentare la condivisione delle conoscenze professionali.

In questa prospettiva, la formazione svolge un ruolo fondamentale, quale strumento volto a garantire che siano acquisite dai dipendenti competenze professionali trasversali, in una pluralità di ambiti operativi, di modo da contribuire a rendere il personale più flessibile.

Ciò anche in funzione di dare compiuta attuazione alla rotazione c.d. funzionale nell'ambito del medesimo ufficio, mediante una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidate ai dipendenti. La rotazione, compatibilmente con le esigenze di buon funzionamento dell'amministrazione, dovrà essere applicata ai responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie ed ai funzionari componenti di commissioni interne all'amministrazione. È indispensabile che la rotazione venga attuata nel settore dei contratti pubblici, con particolare riferimento alla funzione di RUP. Nel caso di uffici a diretto contatto con il pubblico, con competenze anche di *back office*, deve essere valutata la possibilità di realizzare un'alternanza fra il personale che opera a diretto contatto con il pubblico. Le predette misure venivano condivise dal Direttore Amministrativo, con nota prot. n. 623/2020.

Al fine di evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie nelle aree più a rischio di corruzione, l'Istituto provvederà ad implementare le ulteriori misure alternative aventi - secondo le indicazioni del nuovo PNA - "effetti analoghi" a quelli della rotazione.

Si proseguirà dunque, anche nel prossimo triennio, nella valorizzazione dei meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, di modo che - ferma l'unitarietà del responsabile del procedimento ai fini di interlocuzione esterna - più soggetti condividano la valutazione degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

In alternativa in Istituto è data applicazione della misura della "segregazione di funzioni".

All'interno dell'Istituto, precisamente, la segregazione risulta facilmente attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli, come ad esempio nel ciclo degli acquisti, mediante la concreta distinzione delle funzioni di programmazione, scelta del contraente ed esecuzione dei contratti. La segregazione delle funzioni potrà inoltre essere agevolmente realizzata nell'area amministrativa, anche in considerazione del numero esiguo dei dirigenti e dell'approssimarsi al pensionamento di alcuni di essi. In particolare, la segregazione andrà attuata per gli incarichi conferiti in continuità e per quelli maggiormente esposti a rischio corruzione, quali contratti pubblici e gestione del personale.

Con riferimento al personale amministrativo tra il secondo semestre del 2021 e il 2022 sono stati assunti n.5 nuovi dirigenti amministrativi. Ad uno di essi è conferito l'incarico ad interim dell'UO Provveditorato economato e vendite e dal primo agosto 2022 è stato ricoperto anche l'incarico di dirigente della struttura complessa UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze.

La misura alternativa alla rotazione ordinaria è stata confermata anche per il 2022 essere la segregazione delle funzioni.

Il Direttore Sanitario per quanto riguarda la rotazione conferma l'attuazione strutturata della misura per due strutture sanitarie, il Reparto chimico degli alimenti di Bologna e il Reparto chimica alimenti e mangimi. Il Direttore Sanitario ha confermato altresì, per l'anno 2023, quali misure alternative alla rotazione ordinaria, la segregazione delle funzioni e l'anonimizzazione dei campioni.

Si conferma la necessità che nel 2023, individuati percorsi di affiancamento e formazione, sia avviato il percorso di realizzazione della misura di rotazione ordinaria, in coerenza, con le percentuali, i principi ed i criteri individuati dalla procedura di rotazione del personale di cui al decreto del Direttore Generale n.339/2017.

La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria rappresenta una misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista dall'art.16, comma 1, lett. l-quater) del d.lgs. n.165/2001. Tale norma dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*.

ANAC, con l'obiettivo di far fronte all'incertezza normativa relativa alla definizione del concetto di *“condotte di natura corruttiva”* e alla determinazione precisa del momento del procedimento penale in cui debba essere effettuata dall'amministrazione la valutazione della condotta assunta dal dipendente, è intervenuta, da ultimo, con delibera n.215 del 26 marzo 2019 recante *“Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art.16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n.165/2001”*.

In tale occasione l'Autorità ha ritenuto di identificare, nell'elencazione effettuata dall'art.7 della l. n.69 del 7 maggio 2015², i reati presupposto qualificanti le *“condotte di natura corruttiva”*, che impongono l'adozione da parte dell'amministrazione *“di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta corruttiva del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria”*.

Al contrario, l'adozione di tale provvedimento risulta essere meramente facoltativo nel caso di procedimenti penali avviati in occasione del verificarsi degli altri reati contro la Pubblica Amministrazione e previsti al Capo I del Titolo II del Libro secondo del codice penale.

Con la richiamata delibera, inoltre, ANAC ha inteso riferirsi al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art.335 c.p.p., per quanto riguardo l'espressione *“avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva”*. L'Autorità ha ribadito l'importanza di una applicazione immediata di tale misura a seguito dell'avvio di procedimento penale e/o disciplinare. L'assegnazione del dipendente ad altro servizio, a seguito di condotte corruttive, è finalizzata infatti ad assicurare che, nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale/disciplinare richiamati, siano attivate idonee misure a garanzia dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Tale misura – che non ha finalità sanzionatoria - trova applicazione nei confronti di tutti

² La legge n.69/2015, recante *“Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”* si riferisce ai delitti di cui agli articoli 317 (concussione), 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio), 319-bis (circostanze aggravanti), 319-quater (induzione indebita a dare o promettere utilità), 320 (corruzione di persona incaricata di un pubblico ufficio), 321 (pene per il corruttore), 322 (istigazione alla corruzione), 322-bis (Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri delle Corti internazionali o degli organi delle Comunità europee o di assemblee parlamentari internazionali o di organizzazioni internazionali e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri), 346-bis (traffico di influenze illecite), 353 (turbata libertà degli incanti) e 353-bis (turbata libertà del procedimento di scelta del contraente) del codice penale.

coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione, siano essi dipendenti o dirigenti, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Nell'ipotesi di impossibilità oggettiva di attuare il trasferimento d'ufficio, in assenza di una specifica previsione normativa ma in analogia con quanto disposto dalla legge n.97/2001, quale misura alternativa, il dipendente deve essere posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico. ANAC ha, tuttavia, precisato che l'impossibilità del trasferimento d'ufficio deve fondarsi su *"ragioni obiettive, quali l'impossibilità di trovare un ufficio o una mansione di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire"* in quanto *"non possono valere considerazioni sulla soggettiva insostituibilità della persona"*.

L'applicazione della rotazione straordinaria nei confronti di un soggetto titolare di incarico dirigenziale comporta, altresì, l'anticipata revoca dell'incarico dirigenziale, con assegnazione ad altro incarico, ovvero nell'ipotesi di impossibilità, con assegnazione a funzioni *"ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specificatamente previsti dall'ordinamento"* ai sensi dell'art.19, comma 10, del d.lgs. n.165/2001.

7.4 Conflitto di interessi

Il conflitto di interessi rappresenta una delle principali disfunzioni dell'*agere* amministrativo che si configura laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando, anche solo potenzialmente, l'imparzialità amministrativa, per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti, di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente, determinando così il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Ai sensi dell'art.7 del D.P.R. 62/2013 il conflitto di interessi può verificarsi:

- In presenza di particolari relazioni personali o professionali quali ad esempio i rapporti di parentela o coniugio;
- In presenza di *"gravi ragioni di convenienza"*, identificabili in situazioni non conosciute o non conoscibili ex ante di conflitto potenziale ugualmente idonee a determinare il pericolo di inquinare l'imparzialità dell'amministrazione.

In entrambi i casi di conflitto, reale o potenziale, il rimedio prescritto sia dal Codice di Comportamento che dalla legge n.241/1990 è il dovere di astensione che dovrà riguardare tutti i procedimenti di competenza del funzionario interessato, nonché di comunicazione della situazione stessa di conflitto, pena:

- l'illegittimità ed annullabilità del provvedimento adottato in presenza di una situazione di conflitto di interessi;
- eventuali ulteriori responsabilità disciplinari, per violazione del codice del comportamento e/o civili, penali, amministrative-contabili.

Nel conferimento degli incarichi l'amministrazione dovrà prestare inoltre particolare attenzione al rischio che si verifichino ipotesi di conflitto di interessi c.d. strutturale, ossia situazioni di conflitto generalizzato e permanente in quanto non legato ad una tipologia di procedimento bensì derivante delle posizioni e funzioni nel tempo ricoperte dal soggetto.

In Istituto, la procedura dettata dal Codice di Comportamento per la gestione e rilevazione del conflitto di interessi, prevede che:

- Entro il termine massimo di 10 giorni dal momento in cui il conflitto si è manifestato, il dipendente (appartenga esso al comparto o all'area della dirigenza) - fermo restando l'obbligo di astensione - indirizza la segnalazione relativa all'esistenza del conflitto ad uno dei soggetti sotto indicati in base alla situazione specifica:
 - al dirigente della struttura complessa di appartenenza (ovvero al dirigente della struttura semplice, nell'ipotesi in cui la struttura di appartenenza non afferisca ad alcuna struttura complessa), quale dirigente apicale.
 - Al Direttore di Dipartimento di appartenenza nelle ipotesi in cui il conflitto riguardi un dirigente di struttura complessa ovvero un dirigente di struttura semplice non afferente a struttura complessa;

- Al Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo nelle ipotesi in cui il conflitto riguardanti i dipendenti (sia del comparto che della dirigenza) afferenti alle rispettive articolazioni aziendali di staff;
 - Al Direttore Generale nel caso in cui la segnalazione riguardi il Direttore Amministrativo/Sanitario;
 - Al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, in base alle aree di afferenza, nel caso in cui il conflitto riguardi i Direttori di Dipartimento;
 - Al RPCT nel caso in cui le segnalazioni riguardi il Direttore Generale.
- Il dirigente della struttura valutata la segnalazione, può:
- a. confermare, con adeguata motivazione, 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.
 - b. sostituire il dipendente/dirigente e affidare la pratica ad altro collaboratore;
 - c. avocare a sé la pratica.
- Copia degli atti che dispongono le misure per la gestione dei conflitti di interessi segnalati, unitamente alle rispettive segnalazioni, sono trasmessi a cura del soggetto che li ha adottati, entro 10 giorni dalla loro registrazione al protocollo generale dell'IZSLER, al RPCT, al fine di consentire a quest'ultimo l'esercizio delle funzioni di vigilanza in materia di anticorruzione.

Al fine di favorire l'emersione di situazioni di conflitto di interessi, il Codice di Comportamento IZSLER, prevede inoltre l'obbligo per il dipendente di:

- 1) fornire, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico e di aggiornare tempestivamente al verificarsi di una variazione 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 e/o comunque in qualunque modo retribuiti.
- 2) comunicare al responsabile della struttura di afferenza la propria adesione o l'appartenenza a organizzazioni o associazioni, anche senza fini di lucro, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività della struttura di appartenenza.

Il Codice di comportamento adottato dall'IZSLER contiene, inoltre, 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, nonché disposizioni specifiche relative a particolari settori (ad es. ricerca e sperimentazione) e soggetti (quali, ad es. i consulenti), ovvero per il caso in cui la segnalazione provenga da un soggetto diverso dall'interessato del conflitto.

Il conflitto di interessi nei contratti pubblici

A completamento della disciplina generale, l'art.42 del d.lgs. n.50/2016 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. In tale settore, il conflitto di interessi si verifica nel caso in cui il personale della stazione appaltante che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione ovvero che può influenzarne il risultato ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nell'ambito della procedura di appalto.

Tale disciplina, si applica:

Dal punto di vista oggettivo:	ai contratti di appalto e concessione pubblici, sopra o sotto soglia, nei settori ordinari e speciali, sia nella fase di gara che in quella esecutiva
--------------------------------------	---

Dal punto di vista soggettivo:	a tutti i dipendenti coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di affidamento, in grado, sulla base di un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, di impegnare l'ente nei confronti di terzi o che rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne condizionare l'attività esterna. Per tale individuazione, ANAC nel PNA 2022, raccomanda di ricorrere ad un approccio dinamico-funzionale che tenga conto della funzione in concreto svolta dal soggetto coinvolto.
---------------------------------------	---

Per quanto concerne la definizione concreta delle situazioni di conflitto, il Consiglio di Stato, espressosi con parere n.667 del 5.03.2019 sullo schema di Linee guida ANAC n. 15/2019 "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici", adottate con delibera n. 494 del 5.06.2019, ha ritenuto che l'art.42 contenga tre categorie distinte di conflitto di interessi:

Art. 42, co.2 del d.lgs. n.50/2016	•Sussistenza, direttamente o indirettamente, di un interesse finanziario, economico, o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia all'imparzialità o indipendenza del dipendente nel contesto della procedura di appalto o di concessione
art. 7 d.p.r. 62/2013	•Rapporti di coniugio, parentela etc.
art.7 d.p.r. 62/2013	•Gravi ragioni di convenienza. In questo caso, va tenuto in considerazione, secondo le indicazioni di ANAC, anche il potenziale danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni.

Il rimedio da adottare ai sensi del comma 3 dell'art.42 nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, consiste:

- nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante;
- nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura di gestione del contratto pubblico, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

La sussistenza del conflitto di interesse comporta, altresì, l'impossibilità per l'amministrazione di conferire l'incarico al soggetto interessato.

Se il conflitto di interesse si manifesta, invece, successivamente al conferimento dell'incarico, il rimedio andrà individuato nella revoca dello stesso e nella nomina di un sostituto.

La disposizione in esame deve essere coordinata con l'art.80 comma 5, lett. d) del d.lgs. n.50/2016, che 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. Si tratta, in sostanza, di una misura disposta come *extrema ratio*, quando risultino assolutamente e oggettivamente impossibili sia la sostituzione del dipendente che versa nella situazione di conflitto di interesse, sia l'avocazione dell'attività al responsabile del servizio, sia il ricorso a formule organizzative alternative previste dal codice dei contratti pubblici (cfr. Linee Guida ANAC n. 15, paragrafo 9). Tale impossibilità precisa ANAC - deve essere "assoluta, oggettiva, puntualmente ed esaurientemente motivata e dimostrata". Nel caso in cui la descritta situazione si verifichi—successivamente all'aggiudicazione, la stazione appaltante dovrà adottare i provvedimenti più opportuni, previa valutazione degli interessi coinvolti, segnatamente di annullamento dell'aggiudicazione o risoluzione del contratto.

ANAC, nel PNA 2022, ha individuato, quale principale misura per la gestione del conflitto di interessi, il sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti coinvolti nella procedura.

LA DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

- Deve essere resa all'atto di assegnazione all'Ufficio secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento

➤ Aggiornata per ciascuna procedura di gara e con riguardo a tutte le fasi della gara stessa (compresa l'esecuzione), con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento.

Il PNA 2022 distingue le procedure di gara che utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali precisando che in un'ottica di rafforzamento dei presidi di corruzione, i dipendenti, per ciascuna procedure di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione. Nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non precedentemente dichiarate, è necessario integrare detta dichiarazione. Per i contratti che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali è prevista una sola dichiarazione al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara. Resta fermo comunque l'obbligo, ribadito anche nel PNA 2022, di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.

Recentemente, ANAC è ritornata sul punto con la Delibera n.376/2022, con la quale raccomanda l'acquisizione delle dichiarazioni ex art.42 d.lgs. n.50/2016 da parte di tutti i soggetti coinvolti nelle procedure di assegnazione di contratti pubblici, anche in affidamento diretto e il loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura. L'omessa conservazione e protocollazione delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.42 del d.lgs. n.50/2016 costituiscono violazione delle Linee guida n.15.

Alla luce del delineato sistema, il dirigente responsabile delle strutture deputate all'acquisizione di beni, servizi e lavori avrà cura:

- Di acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- 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;
- di raccordarsi con il RPCT affinché quest'ultimo sia adeguatamente e costantemente messo a conoscenza di eventuali scostamenti.

Con riferimento alla singola procedura di gara, l'Autorità ha ritenuto altresì necessario, per i dipendenti che reputano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara (e per gli ulteriori destinatari dell'applicazione dell'art.42 d.lgs. n.50/2016), rendere una dichiarazione sostitutiva di notorietà e certificazione ai sensi del D.P.R. n.445/2000, avente ad oggetto ogni situazione *"potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza"*.

In aderenza al sistema così delineato, l'Istituto assicura che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara avvenga previa acquisizione delle succitate dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interessi rese da parte di tutti i soggetti coinvolti nella predisposizione, condivisione o approvazione della documentazione di gara e per ciascuna procedura, e controllo a campione della veridicità delle informazioni ivi riportate.

Quale ulteriore misura preventiva di carattere generale l'Istituto si propone, infine, di proseguire l'attività di formazione e di sensibilizzazione del personale-in merito all'obbligo di astensione, alle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e ai comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

7.5 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, che comporta l'obbligo per il pubblico

dipendente di dedicare interamente all'ufficio la propria attività lavorativa.

L'art.53 del d.lgs. n.165/2001 detta, in proposito, una disciplina precisa, che prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere attività extraistituzionali - assumendo incarichi presso altri soggetti, pubblici e privati - a due condizioni:

- la preventiva autorizzazione allo svolgimento dell'incarico da parte delle amministrazioni di appartenenza, secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità;
- l'insussistenza di situazioni 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 comma 5 d.lgs. n.165/2001).

Nel 2021, con decreto del Direttore Generale n.353, è stato adottato in Istituto il nuovo Regolamento sulla disciplina e sull'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali e istituzionali, che ha modificato il precedente Regolamento adottato nel 2016. Il nuovo Regolamento coordina le disposizioni interne per la disciplina degli incarichi extra-istituzionali alla nuova organizzazione dipartimentale e al sistema della delega di funzioni adottato in IZSLER, individuando per le differenti fattispecie di incarichi un sistema di verifica efficace ed efficiente. Il Regolamento disciplina in particolare la procedura per il rilascio della autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extra-ufficio e detta un preciso regime sanzionatorio nel caso di violazioni, tenuto conto dei criteri elaborati dal Dipartimento della Funzione Pubblica che esemplificano una serie di incarichi vietati per i dipendenti pubblici, in quanto da considerarsi a rischio.

Al fine di semplificare la procedura in essere, nel corso del 2022, è stata rivista, con decreto del Direttore Generale n.90/2022, la disciplina relativa alla gestione degli incarichi di carattere istituzionale, da svolgersi in orario di lavoro, senza percepire nessun compenso e nel rispetto della disciplina che regola le missioni dei dipendenti. In particolare, la valutazione della compatibilità dell'incarico istituzionale con l'attività e l'interesse dell'Ente, è rimessa:

AI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	Con riferimento all'ambito dei compiti formativi e di aggiornamento che sono istituzionalmente affidati all'IZSLER, quali: <ul style="list-style-type: none"> • attività di docenza e di esperto scientifico svolta in modo occasionale presso Università, Istituzioni scolastiche del territorio di competenza dell'IZSLER, II.ZZ.SS., Aziende sanitarie, PP.AA., organismi a rilevanza nazionale ed internazionale (quali FAO, Efsa), enti pubblici/privati nell'ambito dei progetti con l'IZSLER; • attività di formazione e divulgazione nell'ambito delle attività DEI i centri e laboratori di referenza svolte a favore di II.ZZ.SS. e autorità sanitarie;
AL DIRETTORE SANITARIO/DIRETTOR E AMMINISTRATIVO	Con riferimento alla partecipazione a tavoli tecnici o convegni anche organizzati da soggetti privati, associazioni di categoria ed ordini professionali

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.

Su specifica istanza del RPCT, l'ANAC a marzo 2019 ha emesso un apposito parere con il quale ha ipotizzato configurarsi un conflitto di interessi potenziale "controllore-controllato", ogni qualvolta venga svolto un incarico extra-istituzionale a favore di un soggetto nei confronti del quale l'IZSLER eroga servizi sanitari, effettua sorveglianza nonché controllo in materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza. L'Autorità rimanda alla prudente valutazione dell'IZSLER la verifica se

la situazione di conflitto di interessi sia generalizzata e permanente, per cui l'astensione dovrebbe avere carattere sistematico, risultando quindi il rimedio dell'astensione "occasionale" non idoneo a superare il conflitto di interessi (conflitto di interessi strutturale).

7.6 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il legislatore con il d.lgs. n.39/2013 – nel presupposto che sussistono situazioni di conflitto di interessi ineliminabili e assolute - ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso pubbliche amministrazioni ed enti privati in controllo pubblico: la cui violazione comporta la nullità degli atti di conferimento degli incarichi ovvero, nel caso di incompatibilità, la decadenza dall'incarico, con connessa risoluzione del relativo contratto.

ANAC, in più occasioni (cfr. deliberazioni n.149/2014, n.1146/2019, n.1201/2019) ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità/incompatibilità previste ai capi III, IV, V e VI del d.lgs. n.39/2013 non trovano applicazione nei confronti dei dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in quanto, in ciascuno di questi capi è prevista 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.

Ciò, in quanto, mentre la qualifica dirigenziale nell'assetto dell'organizzazione sanitaria "è automaticamente connessa alla professionalità degli operatori" e ciò "a prescindere dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione di strutture", al contrario la normativa in tema di inconferibilità e di incompatibilità considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenute solo quelli che comportano "l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione"(art.1, co. 2, lett.j)", non potendosi ritenere sufficiente "il mero possesso formale della qualifica dirigenziale per essere sottoposti al regime de qua". A parere dell'autorità, quindi, il legislatore ha ritenuto che in tale contesto, i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale coadiuvato; dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Al contrario, per la dirigenza del servizio sanitario nazionale non sottoposta all'inquadramento riservato alla dirigenza medico-sanitaria valgono invece le ordinarie regole previste dal d.lgs. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art.3, co. 1 lett. c) del d.lgs. n.39/2013.

Il procedimento di accertamento concreto dell'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 sono illustrati dalla delibera 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" che delinea un sistema ben definito di responsabilità e competenze, nel quale sono coinvolti in prima istanza gli organi che procedono al conferimento delle cariche e degli incarichi.

La procedura di conferimento degli incarichi all'interno dell'Istituto, deve assicurare:

La preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità resa dal destinatario dell'incarico:

- in tempo utile per permettere all'organo conferente di effettuare la verifica delle posizioni soggettive dichiarate prima del conferimento dell'incarico;
- secondo le modalità previste dal Manuale di gestione documentale dell'IZSLER;
- accompagnate dall'elenco di tutti gli incarichi e le cariche ricoperti dall'interessato negli ultimi 36 mesi.

La successiva verifica da parte dell'organo conferente delle dichiarazioni sostitutive rese dagli interessati ex art.20 del d.lgs. n.39/2013 entro un preciso arco temporale predefinito e, comunque, prima della formalizzazione dell'incarico:

- mediante l'acquisizione d'ufficio di dati ed informazioni eventualmente in possesso di altra pubblica amministrazione e, in particolare, dei dati presenti nel Casellario giudiziale;

➤ tenuto conto di eventuali segnalazioni circostanziate e/o della conoscenza notoria dell'esistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità in capo al dichiarante
Il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero in assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
La pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità nella sezione "Amministrazione Trasparente".

In tale contesto, il RPCT – al quale l'art.15 del d.lgs. n.39/2013 attribuisce il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità/incompatibilità - interviene solo successivamente, nell'ipotesi in cui – venuto a conoscenza di una situazione di inconferibilità – avvii un procedimento di accertamento. In tale situazione, il RPCT può contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità/incompatibilità, segnalando i casi di possibile violazione delle disposizioni all'ANAC, all'AGCOM e alla Corte dei Conti.

Annualmente inoltre l'incaricato è tenuto a rendere apposita dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità. Le dichiarazioni in esame, secondo una prassi già avviata, continueranno ad essere pubblicate, come richiesto dall'art.20 del d.lgs. n.39/2013, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito *internet* dell'IZSLER.

7.7 Attività successive alla cessazione dal servizio

Ai fini della lotta alla corruzione l'art.53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001 ha introdotto 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"*.

Si tratta di una fattispecie qualificabile in termini di incompatibilità successiva alla cessazione del servizio del dipendente pubblico, che integra i casi di inconferibilità e incompatibilità previsti dal d.lgs. n.39/2013.

Come indicato da ANAC nel PNA 2022, il divieto di pantouflage è volto:

- a garantire l'imparzialità delle decisioni pubbliche, scoraggiando comportamenti impropri del dipendente pubblico che nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali potrebbe 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, precostituendosi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato, con il quale è entrato in contatto in pendenza del proprio incarico presso la Pubblica Amministrazione;
- a 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.

Il limite triennale di operatività del divieto, decorre dalla cessazione del rapporto di lavoro.

La disciplina si applica indifferentemente a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, così come definite all'art.1, comma 2, del d.lgs. n.165/2001 con rapporto di lavoro:

- a tempo indeterminato e determinato;
- autonomo (a titolo esemplificativo: titolari di incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni ed esterni).

Presupposto perché vi sia *pantouflage* è l'esercizio da parte del dipendente pubblico di poteri autoritativi o negoziali:

POTERE AUTORITATIVO O NEGOZIALE	
In senso OGGETTIVO:	Si tratta del potere, caratterizzato da discrezionalità, del dipendente di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale tramite: ➤ la conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la PA;

	➤ l'adozione di provvedimenti unilaterali della PA che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari (tra cui atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici).
In senso SOGGETTIVO:	<p>I <u>dipendenti</u> con poteri autoritativi o negoziali sono coloro che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emanano provvedimenti amministrativi per conto dell'amministrazione; • perfezionano negozi giuridici, grazie alla stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente; • hanno un significativo potere di incidere sull'assunzione di decisioni da parte della struttura di riferimento, in ragione dei compiti di rilievo attribuiti, a prescindere dalla titolarità o meno di poteri gestionali diretti (ad esempio, dirigenti e titolari di incarichi dirigenziali; coloro che esercitano funzioni apicali o ai quali sono stati conferite specifiche deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente, quali Capi Dipartimento o titolari di posizioni equivalenti/assimilate). Il PNA 2022 precisa al proposito come per potere autoritativo devno essere considerate tutte quelle situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale • abbiano partecipato al procedimento con il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

Infine, il divieto di svolgere "attività lavorativa o professionale" da parte del dipendente cessato presso un soggetto privato destinatario dell'attività della PA, deve intendersi esteso – secondo l'interpretazione ampia fornita da ANAC – a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro professionale e quindi:

- Rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato;
- Incarichi o consulenze a favore di soggetti privati, ad eccezione degli incarichi di natura occasionale, cioè privi del carattere della stabilità.

La violazione del divieto di cui all'art.53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001 comporta:

SANZIONE CIVILISTICA	➤ Nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati
SANZIONE INTERDITTIVA / RESTITUTORIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Divieto per il privato di contrarre, a qualunque titolo, con la P.A. nei successivi tre anni; ➤ Obbligo di restituire tutti i compensi eventualmente percepiti.

Come precisato anche nel PNA 2022, al fine di valutare l'applicazione del pantouflage occorrerà valutare nel caso concreto l'influenza esercitata dal soggetto sul provvedimento finale.

Al fine di fornire indicazioni applicative saranno, come indicato nel PNA, sono in corso di elaborazione da parte dell'Autorità apposite linee guida, con riferimento ai soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, in cui saranno indicati i criteri per l'individuazione degli atti e dei comportamenti adottati nell'ambito di procedimenti implicanti l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali.

Il divieto di pantouflage si applica anche alle società con sede all'estero. ANAC esclude la sussistenza del pantouflage quando l'ente privato destinatario del potere autoritativo del dipendente sia stato costituito successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro. In tale caso, al fine di escludere l'elusione del divieto (es la società ha soltanto cambiato la denominazione) l'amministrazione è tenuta ad una verifica in concreto.

Nei precedenti Piani sono state previste le seguenti misure da intendersi qui interamente confermate:

- Introduzione nei contratti di assunzione del personale, in conformità a quanto previsto dal Codice di Comportamento, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa subordinata o 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 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

Con specifico riferimento ai cessati per pensionamento della dirigenza, si provvede inoltre a richiede la sottoscrizione per presa visione della clausola che prevede il divieto di pantoufflage.

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

Ulteriore misura di prevenzione della corruzione è prevista dall'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001 che ha introdotto il divieto di operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo nonché ad assumere determinati incarichi laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non passa in giudicato, per reati contro la pubblica amministrazione di cui al capo I, titolo II del libro secondo del Codice penale. In questo caso, sussiste il divieto:

Di partecipare, anche con compiti di segreteria, a commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
Di essere assegnato 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
Di partecipare a 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

Come chiarito da ANAC, tale fattispecie di divieto si distingue dall'ipotesi di inconfiribilità di cui all'art.3 del d.lgs. n.39/2013:

ART. 3 D.LGS. N.39/2013	ART. 35-BIS D.LGS. N.165/2001
➤ Riguarda tutti i tipi di incarico dirigenziale.	➤ Presuppone lo svolgimento di mansioni specifiche, indipendentemente dal fatto che attengano ad un incarico dirigenziale o meno;
	➤ Non si configura come misura sanzionatoria, di natura penale/amministrativa bensì ha natura preventiva e mira ad evitare che i principi di imparzialità e buon andamento siano/possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti contro la PA.

Come già sottolineato nei precedenti Piani, i responsabili del procedimento hanno l'obbligo:

- di garantire che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- di acquisire e di pubblicare le dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità di cui all'art. 3 del d.lgs. n.39/2013, da parte del dipendente beneficiario dell'incarico;
- di provvedere, con specifici controlli, a verificare la veridicità delle dichiarazioni acquisite e di informare il RPCT in caso di dichiarazioni non veritiere.

Particolare attenzione deve essere prestata nell'attività di verifica della sussistenza di

eventuali precedenti penali per reati contro la pubblica amministrazione, all'atto della formazione, in particolare di:

- delle commissioni per l'affidamento dei contratti pubblici: il d.lgs. n.50/2016 sanziona, infatti, con l'illegittimità il provvedimento conclusivo della procedura di aggiudicazione di contratti pubblici nel caso in cui la commissione sia stata nominata in contrasto con quanto previsto dall'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001;
- delle commissioni di concorso nonché all'atto del conferimento degli incarichi: in questo caso, come previsto anche dall'art.11, co.1 del D.P.R. n.487/1994, per garantire l'effettiva trasparenza delle operazioni di selezione del personale è necessario che i componenti delle commissioni di valutazione, dopo aver preso visione dell'elenco dei partecipanti, sottoscrivano una dichiarazione attestante le non sussistenze di situazioni di incompatibilità tra essi e i concorrenti, ai sensi degli artt. 51 e 52 del codice di procedura civile. Qualora sussistessero ipotesi di conflitto di interessi, è obbligo del componente astenersi e dovere della pubblica amministrazione disporre la sua sostituzione.

Si precisa che per quanto riguarda il pantouflage ANAC svolge attività consultiva, sanzionatoria e di verifica dell'inserimento nei piani di disposizioni volte ad individuare misure di prevenzione del fenomeno

7.9 Tutela del whistleblower

Il "*whistleblowing*" è lo strumento, disciplinato dall'art.54-bis del d.lgs. n.165/2001, attraverso il quale è possibile segnalare condotte illecite e/o irregolari di cui il dipendente pubblico sia venuto a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni, garantendo a quest'ultimo adeguata tutela, sia in termini di riservatezza della propria identità che da eventuali misure ritorsive o discriminatorie, ferma l'esclusione della responsabilità per la violazione, per giusta causa, dell'obbligo del segreto d'ufficio.

Ciò, a condizione che:

- il segnalante rivesta la qualifica di "*dipendente pubblico*" o equiparato;
- la segnalazione sia effettuata nell'interesse all'integrità della Pubblica Amministrazione;
- la segnalazione abbia ad oggetto "*condotte illecite*", di cui il dipendente sia venuto a conoscenza "*in ragione del proprio rapporto di lavoro*";
- la segnalazione sia stata inoltrata ad almeno uno dei quattro destinatari indicati nell'art.54 bis, co. 1., ovvero RPCT, ANAC, Autorità giudiziaria ordinaria o contabile.

L'IZSLER, in ottemperanza al dovere generale posto in capo alle Amministrazioni Pubbliche di prevedere specifiche misure atte a garantire la piena tutela al *whistleblower* ha adottato con Decreto del Direttore Sanitario f.f. di Direttore Generale n.287/2019, il "*Regolamento per la tutela del soggetto che effettua segnalazioni di illeciti (Whistleblower)*"

L'Istituto si è altresì dotato di un proprio sistema informatizzato di ricezione e gestione delle segnalazioni di illeciti, costituito da un portale *web*, creato per permettere l'avvio di iniziative di *whistleblowing* in modo sicuro e anonimo. Tale applicativo è stato conformato nel 2021 alle specifiche tecniche e funzionali richieste da ANAC con le Linee guida n.469/2021, da parte dei Sistemi Informativi dell'Istituto.

Nello stesso tempo, è stata prevista la possibilità per il dipendente di segnalare le condotte illecite e/o irregolari, di cui sia venuto a conoscenza, direttamente all'ANAC.

Onde assicurare un'effettiva sensibilizzazione del personale sulla tematica del *whistleblowing*, l'Istituto ha predisposto, a far data da novembre 2019, uno specifico evento formativo fruibile in modalità FAD e rivolto a tutti i dipendenti.

7.10 Formazione del personale

La formazione costituisce una importante e indispensabile misura di prevenzione della corruzione, in quanto strumento di mitigazione del rischio corruttivo, finalizzato a fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente casi critici e situazioni lavorative problematiche, che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione. In materia, l'attività formativa è strutturata su due livelli:

LIVELLO	Rivolto a tutti i dipendenti, per favorire un approccio basato sull'etica e per presentare gli
----------------	--

GENERALE	aggiornamenti fondamentali delle disposizioni in materia
LIVELLO SPECIFICO	Rivolto al RPCT, ai collaboratori, al gruppo di supporto, ai referenti, ai dirigenti per fornire gli strumenti utili alla pianificazione del programma per la prevenzione della corruzione, in relazione alle specifiche responsabilità e ai diversi ruoli ricoperti

Si segnalano di seguito alcuni eventi formativi di carattere generale organizzati dall'Istituto la cui erogazione proseguirà anche per il 2023:

- formazione sul Codice di Comportamento, tramite la predisposizione, nella seconda parte del 2022, di un corso di formazione destinato a tutti i dipendenti volto ad illustrare i contenuti del Codice approvato a fine 2021;
- formazione in tema di Whistleblowing, tramite la predisposizione di un corso formativo fruibile online dal 2019;
- formazione sull'etica all'interno delle pubbliche amministrazioni, con la predisposizione nel 2020 del corso "L'ecologia delle relazioni dell'agente pubblico", accompagnata, nel 2021, da un ulteriore evento intitolato "Guidare verso l'integrità", volto a descrivere il sistema di prevenzione della corruzione in IZSLER.

Con l'obiettivo di diffondere la conoscenza in tema di prevenzione della corruzione, dal 2017 ad oggi sono stati inoltre organizzati dall'Istituto numerosi eventi formativi, volti ad approfondire vari aspetti della materia, tra i quali l'analisi dei processi, la trasparenza e l'accesso, la tutela della privacy, gli appalti.

In occasione della Giornata della Trasparenza prevista per l'anno 2022, inoltre, è stata approfondita l'evoluzione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza in Istituto.

È utile precisare che la formazione in tema di etica e legalità, e più in generale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, valutata dal RPCT e disciplinata nel piano, deve successivamente trovare riscontro nella programmazione del Piano Formativo, approvato con riferimento ad ogni anno.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati è stata individuata, all'interno delle strutture dell'Istituto, la figura del "referente per la formazione", il cui compito è quello di facilitare la realizzazione dei percorsi formativi sia dei singoli che di struttura. Il referente interviene primariamente nella raccolta, nella valutazione e nella gestione delle esigenze; affianca il personale nelle attività finalizzate alla realizzazione di eventi formativi; monitora la realizzazione dei percorsi formativi dei singoli e di struttura.

L'Istituto gestisce il processo di sviluppo delle competenze e di riqualificazione del personale, nell'ambito del sistema di qualità, attraverso procedure codificate e diffuse. Nel prossimo futuro, l'Istituto adotterà un nuovo modello di gestione dei processi formativi attraverso l'utilizzo del cosiddetto "dossier formativo", strumento che consentirà di mappare le competenze e documentarne lo sviluppo individuale o di gruppo.

7.11 Patti di integrità

In attuazione dell'art.1, comma 17, della l. n. 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. Tendenzialmente, quale buona pratica, il patto di integrità viene allegato anche agli accordi di collaborazione ex art.15 della legge n.241/1990 e alle

convenzioni per attività formative (sia per tirocini che per scuole di specializzazione).

7.12 Monitoraggio dei tempi procedurali

Ciascuna struttura amministrativa, quale ulteriore misura di prevenzione della corruzione e della trasparenza, è incaricata di individuare i termini per la conclusione dei procedimenti e delle attività di competenza e, conseguentemente, di rendicontarne il rispetto al Direttore Amministrativo, nonché di pubblicare semestralmente i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti nella sezione Amministrazione Trasparente.

Per quanto riguarda l'area sanitaria e quindi l'erogazione delle relative prestazioni tramite un *link* sul sito istituzionale è possibile accedere al rapporto contenente i tempi di risposta nell'esecuzione delle analisi e trasmissione dei campioni, che vengono costantemente monitorati dalla Direzione Sanitaria.

Il monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali delle strutture amministrative è confermato anche per l'anno 2023.

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

L'IZSLER, in applicazione dell'art.1, comma 9, lett. e), della l. n.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, accordi per l'esecuzione dei progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figura ente capofila o ente proponente l'accordo etc.) ovvero contratti attivi (affitti, locazioni, licenze, contratti per prestazioni di laboratorio etc.), vengono acquisite le dichiarazioni circa l'inesistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del dirigente proponente/valutatore. Tali dichiarazioni vengono verificate dal superiore gerarchico ovvero, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo. Tali misure sono confermate anche per il 2023.

7.14 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" le quali confermano la distinzione 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:

ENTI DI DIRITTO PRIVATO IN CONTROLLO PUBBLICO	ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO
<p>Applicazione, in quanto compatibile, delle disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e, quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ pubblicazione sui propri siti <i>web</i> di dati e documenti relativi all'organizzazione e alle attività svolte; ➤ garantire l'accesso civico generalizzato; 	<p>Applicazione, in quanto compatibile, delle disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ pubblicazione sui propri siti <i>web</i> di dati e documenti relativi all'organizzazione e alle attività svolte; ➤ garantire l'accesso civico generalizzato; <p>MA LIMITATAMENTE ALLE ATTIVITA' DI INTERESSE PUBBLICO DAGLI STESSI ESPLETATE</p>
Applicazione dei PNA e adozione di misure	Assenza dell'obbligo di applicare ulteriori

integrative del “modello 231” al fine di prevenire fenomeni corruttivi di cui alla l. n.190/2012	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 dalle 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.

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

TAB. N. 2 - ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO	
SOCIETÀ PARTECIPATE	ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO
<p>Sono tali le società solo partecipate da P.A. che svolgono attività di pubblico interesse.</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> <ol style="list-style-type: none"> a) abbiano un bilancio superiore a 500.000*; b) svolgano attività di pubblico interesse, intendendosi per tale: <ul style="list-style-type: none"> • attività di esercizio di funzioni amministrative o • attività di produzione di beni e servizi a favore di P.A. o • attività di gestione di servizi pubblici. <p>(si tratta, secondo le nuove linee guida, “di attività riconducibili alle finalità istituzionali delle amministrazioni affidanti, che vengono esternalizzate in virtù di scelte organizzative-gestionali. Ne deriva che sono certamente di pubblico interesse le attività così qualificate da una norma di legge o dagli atti costitutivi e</p>

	<p><i>dagli statuti degli enti e delle società, nonché quelle demandate in virtù del contratto di servizio ovvero affidate direttamente dalla legge”)</i></p> <p>Tutti e due i requisiti devono sussistere cumulativamente. <i>* per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14 e p.18).</i></p>
--	--

Con particolare riferimento agli obblighi di trasparenza, si richiama l'articolo 22 del d.lgs. n.33/2013 che dispone per le pubbliche amministrazioni l'obbligo di pubblicare i dati relativi agli enti di diritto privato in controllo pubblico e alle partecipazioni in società di diritto privato, relativamente:

- 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 pubbliche amministrazioni poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi.

È necessario pertanto distinguere gli obblighi di pubblicazione 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 pubbliche amministrazioni 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'art.24 del d.lgs. 19 agosto 2016, n.175 con decreto del Direttore Generale n.332 del 19 agosto 2017- 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 citato d.lgs. (23 settembre 2016), nonché delle partecipazioni di carattere non societario detenute dall'Istituto alla medesima data.

Alla data di adozione della presente sezione - 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 II.ZZ.SS. e rappresentare unitariamente le esigenze di questi ultimi in seno all'ente nazionale di accreditamento ACCREDIA. L'Istituto, in ragione della qualificazione giuridica e della partecipazione totalmente pubblica dell'Associazione, nonché al fine di garantire massima trasparenza, continua a pubblicare e aggiornare nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" dell'IZSLER, ai sensi dell'art.20 del d.lgs. n.33/2013, e le dichiarazioni previste dall'art.20 del d.lgs. n.39/2013 relative all'Amministratore dell'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, di cui un componente viene nominato dall'Istituto), il Presidente e il Comitato Direttivo (organi di amministrazione), il Collegio dei Revisori (organo di controllo) e il Comitato Tecnico Consultivo (organo consultivo, di cui è membro di Diritto il Direttore Generale dell'IZSLER).

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 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 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 una pubblica amministrazione) difficilmente può ritenersi sussistente. Ai sensi dello statuto, il principale mezzo di finanziamento della Fondazione è, infatti, costituito dalla gestione del proprio patrimonio.

Invero apparirebbe forzata la collocazione della Fondazione anche nella categoria degli "*Enti non in controllo pubblico*" prevista dalle vigenti linee guida ANAC. Nonostante la rilevanza delle attività svolte dalla Fondazione, esse – perlomeno rispetto ai rapporti con l'IZSLER – difficilmente possono qualificarsi come attività di "*interesse pubblico*".

Con riferimento a tale Ente, si ritiene che l'IZSLER abbia, quale pubblica amministrazione 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 art.22 del d.lgs. n.33/2013. Per tale ragione nella apposita sezione di Amministrazione Trasparente come per gli anni passati continueranno ad essere pubblicati i dati e le informazioni elencati dal predetto articolo relativi alla Fondazione.

Ugualmente, nella medesima sezione del sito *internet*, sono pubblicate le dichiarazioni rese ex art.20 del d.lgs. n.39/2013 dal dott. Mario Chiari, quale membro del Consiglio Generale della Fondazione in rappresentanza dell'IZSLER.

L'Istituto partecipa altresì a due organismi associativi:

- 1) APRE - Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea - che opera come associazione senza scopo di lucro con l'obiettivo di sostenere e agevolare la partecipazione italiana ai Programmi di ricerca ed innovazione dell'Unione europea, nell'ambito della quale l'IZSLER partecipa in qualità di socio ordinario, senza rappresentanti nel Consiglio Direttivo;
- 2) Cluster Lombardo Scienze della Vita, un'associazione senza scopo di lucro istituita nell'ambito dei 9 Cluster Tecnologici tematici promossi dalla Regione Lombardia con l'obiettivo di favorire la creazione e lo sviluppo di aggregazioni tra i diversi soggetti attivi nel campo della ricerca e innovazione, al quale l'Istituto partecipa in qualità di socio, senza rappresentanti negli organi di governance.

L'IZSLER partecipa anche al Gruppo di Ricerca Europeo "EPIZONE ERG", un network tra laboratori europei di ricerca d'eccellenza istituito per rafforzare la cooperazione tra laboratori di Referenza Nazionali ed Internazionali nel campo delle malattie Epizootiche.

L'elenco di tali partecipazioni è pubblicato nella sezione di Amministrazione Trasparente "Altri contenuti - dati ulteriori - attività di ricerca - partecipazione ad organismi associativi".

8 Relazione annuale 2022

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 15 gennaio 2023 (cfr. Comunicato del Presidente dell'ANAC del 30 novembre 2022).

La relazione annuale costituisce un importante strumento di monitoraggio circa l'attuazione del PTPCT, nonché uno strumento indispensabile per la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione in esso previste.

La relazione relativa all'anno 2022 è stata anticipata in bozza dal RPCT al NVP e alla Direzione Strategica in data 5.1.2023. La relazione è stata infine pubblicata nella relativa sezione di "Amministrazione Trasparente", nel rispetto dei termini indicati da ANAC.

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA

Nella presente sezione l'Istituto individua le modalità e le iniziative che verranno adottate al fine di dare coerente e compiuta realizzazione alla misura della trasparenza secondo le previsioni del d.lgs. n.33/2013. Ciò per realizzare quel livello essenziale delle prestazioni cui ogni amministrazione deve tendere in ottemperanza al generale principio costituzionale di cui all'articolo 117, comma 2, lett. m).

Come rilevato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 20/2019, la trasparenza costituisce fondamentale "*principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione*", nonché misura per promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

9) *Gli obiettivi di trasparenza e accesso civico*

L'Istituto, in conformità con quanto previsto dall'art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013 ha individuato per l'anno 2023 l'obiettivo di trasparenza relativo allo "Reingegnerizzazione della sezione Amministrazione Trasparente: implementazione e riorganizzazione dei contenuti".

Per l'anno 2023, in conformità con le indicazioni del PNA 2022, alla luce del permanere dei regimi derogatori introdotti dal legislatore nelle procedure di affidamento degli appalti, in considerazione dell'emergenza sanitaria e per favorire il raggiungimento degli interventi del PNRR dovrà essere valorizzato il ruolo cardine della trasparenza per assicurarne la funzione di presidio di anticorruzione, di controllo sociale sull'operato e sui risultati ottenuti dalle stazioni appaltanti sia nella fase di aggiudicazione che di esecuzione di opere, servizi e forniture. In tale ambito la trasparenza è da intendersi sia a presidio ex ante di una effettiva competizione per l'accesso alla gara ed, ex post, di un'efficace controllo sull'operato dell'aggiudicatario.

10 *Promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato ed adempimenti conseguenti al recepimento del Regolamento UE 679/2016*

L'accesso – declinato nelle forme dell'accesso documentale ai sensi dell'art.22 della l. n.241/1990, dell'accesso civico semplice ex art.5, co. 1 del d.lgs. n.33/2013 e dell'accesso civico generalizzato ex art.5, comma 2 del d.lgs. n.33/2013 – costituisce principio generale dell'attività amministrativa, diretta applicazione dei principi costituzionali di cui all'art.97 di buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione.

L'Istituto, al fine di semplificare l'esercizio del diritto di accesso, per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), ha reso disponibili nella sezione "*URP*" del sito istituzionale, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" e nella rete intranet aziendale, moduli on line – suddivisi a seconda della tipologia di accesso civico esercitato.

Parimenti, l'Istituto ha adottato, nel corso del 2017, il registro degli accessi contenente informazioni non nominative relative alle richieste di accesso ricevute dall'amministrazione, con indicazione dei relativi esiti. Il registro è integrato con il sistema interno di protocollo ed è esportabile in formato XML.

L'Istituto presta, inoltre, particolare attenzione, nell'ambito dei procedimenti in materia di accesso, al rispetto della disciplina in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679. La base giuridica legittimante il trattamento dei dati personali oggetto delle istanze di accesso è stata individuata:

- nel perseguimento delle finalità istituzionali dell'IZSLER;
- nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri;
- nell'adempimento di un obbligo di legge.

Anche per l'anno 2022 è stato realizzato il monitoraggio periodico (31 maggio/31 ottobre) per la valutazione del raggiungimento del 100% del target in ordine al "*rispetto delle tempistiche adottate dal regolamento*" da parte delle strutture competenti, con specifico riferimento all'accesso civico. Tale monitoraggio ha avuto un riscontro positivo, tenuto conto che in entrambi i periodi il target è stato raggiunto al 100%.

Per quanto concerne infine, il numero di richieste di accesso nelle sue diverse declinazioni pervenute a questo Istituto nell'anno 2022 si dà atto di aver ricevuto precisamente:

- N.9 richieste di accesso documentale, tutte accolte. Di queste n.8 hanno riguardato documenti in ambito amministrativo e n. 1 documenti sanitari.
- N.5 richieste di accesso civico generalizzato, tutte aventi ad oggetto dati di carattere sanitario e tutte accolte. Nel corso dell'anno non sono pervenute richieste di accesso civico semplice.

Si ritiene qui indicare l'intervento del Consiglio di Stato (Adunanza Plenaria 10/2020) relativo al rapporto fra la disciplina dell'accesso civico di cui agli articoli 5 e 5-bis del d.lgs. n.33/2013 e la disciplina dell'accesso contenuta nel Codice dei contratti pubblici che ha ritenuto applicabile il cd FOIA agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto, fatte salve le verifiche di compatibilità fra a tutela degli interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza. Sottolinea il Consiglio di Stato "*la configurazione di una trasparenza che risponda ad un "controllo diffuso" della collettività all'azione amministrativa è particolarmente avvertita nella materia dei contratti pubblici*".

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

Per il 2022 le misure in tema di trasparenza programmate e assegnate alle strutture coinvolte dagli obblighi di pubblicazione, hanno riguardato il rispetto dei requisiti di completezza, aggiornamento e formato aperto dei contenuti pubblicati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*".

A ciò è si è accompagnato il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza, da parte:

DEL RPCT	<ul style="list-style-type: none"> • nei mesi di giugno e dicembre 2022; • con riferimento alle pubblicazioni dell'intera sezione "<i>Amministrazione Trasparente</i>"
DEL NVP	<ul style="list-style-type: none"> • con riferimento all'assolvimento, alla data del 31 maggio 2022, degli obblighi di pubblicazione individuati da ANAC con delibera n.201/2022. <p>Il NVP ha attestato, in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la "<i>veridicità e l'attendibilità</i>" di quanto pubblicato rispetto al contenuto degli obblighi; 2. l'individuazione da parte dell'Istituto: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati; ➤ dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati; 3. l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione

	“Amministrazione Trasparente” fatte salve le ipotesi espressamente previste dalla normativa vigente.
--	--

Le strutture hanno inoltre provveduto al censimento ai sensi dell’art.8, comma 3, del d.lgs. n.33/2013 dei contenuti per i quali fosse scaduto il termine di pubblicazione, per la loro successiva eliminazione da parte dei Sistemi Informativi.

Queste misure di trasparenza verranno riproposte anche per il 2023.

12 La definizione della governance per garantire l’esercizio del diritto di accesso civico “generalizzato”. Misure organizzative.

Per quanto concerne la definizione dei singoli ruoli e delle responsabilità, il vigente Regolamento dell’Istituto in materia di diritto di accesso prevede che la competenza nella trattazione ed evasione delle richieste spetti:

ACCESSO DOCUMENTALE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ai dirigenti della struttura competente a detenere il documento richiesto; ➤ ai dirigenti della struttura competente a detenere stabilmente il documento nel caso di documenti aventi natura infra-procedimentale;
ACCESSO CIVICO SEMPLICE	➤ Al RPCT;
ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	➤ al Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, in base agli ambiti di competenza

Essenziale è, inoltre, il ruolo del DPO, il quale deve prestare assistenza ai dirigenti delle strutture competenti a detenere i documenti e al RPCT nella trattazione ed evasione rispettivamente delle istanze di accesso documentale e delle istanze di accesso civico.

13 Il modello di governance per l’assolvimento degli obblighi di trasparenza: compiti e responsabilità

Nella seguente tabella è riportato il modello di *governance* individuato in Istituto per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati:

RESPONSABILE	COMPITI
RPCT	<p>Predisporre la specifica sezione dedicata alla programmazione e al monitoraggio dell’attuazione degli obblighi di pubblicazione all’interno del PIAO</p> <p>Svolgere stabilmente un’attività di monitoraggio e controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni;</p> <p>Verificare la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione.</p>
Dirigenti/Direttori responsabili dell’elaborazione, trasmissione e pubblicazione 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;</p> <p>Assicurare il corretto trattamento dei dati personali oggetto di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”;</p> <p>Adottare tutte le misure necessarie al fine di garantire l’esattezza e l’aggiornamento dei dati pubblicati, provvedendo tempestivamente alla cancellazione o alla rettifica dei dati inesatti rispetto alle finalità per i quali sono trattati e pubblicati;</p> <p>Verificare i dati, i documenti o le informazioni per i quali sia</p>

	<p>decorso il periodo dell'obbligo di pubblicazione previsto dall'articolo 8 del d.lgs. n.33/2013 nonché in altre disposizioni del medesimo decreto in ordine a specifici adempimenti e monitorare la relativa rimozione;</p> <p>Svolgere stabilmente la verifica e il monitoraggio dei contenuti pubblicati dalla struttura;</p> <p>Definire nuove misure di trasparenza idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e controllarne il rispetto da parte dei dipendenti afferenti alla struttura;</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 in merito alle scelte operate.</p>
Referenti della trasparenza (individuati nel PTPCT)	<p>Supportare il RPCT e i Dirigenti/Direttori 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 Dirigente/Direttore 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 "<i>Amministrazione Trasparente</i>";</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. n.33/2013 mediante l'utilizzo di formati di tipo aperto;</p> <p>Verificare e monitorare il formato aperto dei contenuti pubblicati;</p> <p>Verificare l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "<i>Amministrazione Trasparente</i>" salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente;</p> <p>Gestire il sistema informativo di monitoraggio e di profilazione degli utenti.</p>
Responsabile della protezione dei dati personali	<p>Supportare il RPCT, i responsabili delle pubblicazioni in "<i>Amministrazione Trasparente</i>" e, in generale tutta l'amministrazione, 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 "<i>Amministrazione Trasparente</i>" 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 lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC anche con riferimento a profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato, l'aggiornamento ed il formato di pubblicazione nonché attestare l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente.
Responsabile della Transizione Digitale	Garantire la transizione digitale della Pubblica Amministrazione tramite l'erogazione di servizi pubblici digitali effettivamente fruibili, utili e di qualità, nonché all'adozione di modelli di relazione trasparenti e aperti con i cittadini.

All'interno del quadro così delineato, il RPCT non sostituisce i responsabili della pubblicazione nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti ed informazioni di rispettiva competenza. Il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. 33/2013, si fonda infatti sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti.

Si ricorda, in particolare, che ogni Dirigente/Direttore, in quanto responsabile delle pubblicazioni previste per i procedimenti di competenza, è tenuto a garantire anche il rispetto di quanto previsto dal GDPR per il trattamento dei dati personali, il quale richiede innanzitutto:

- Che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. n.33/2013 o in altre fonti normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione di quel dato contenuto;
- Che le pubblicazioni avvengano in conformità ai principi di: liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione dei dati, limitazione dei dati rispetto alla finalità degli stessi, esattezza, limitazione della conservazione, integrità, adeguatezza, aggiornamento, responsabilizzazione del titolare del trattamento.

Posto che il criterio valutativo cardine deve necessariamente fare riferimento al principio di sufficienza e non eccedenza, rientra nella responsabilità di tutti i soggetti cui è attribuita la competenza alla pubblicazione di contenuti, il contemperamento fra l'esigenza del completo adempimento degli obblighi di pubblicazione e il rispetto dei limiti previsti in tema di tutela dei dati personali. Pertanto, spetta a tali soggetti provvedere, ove necessario:

- All'anonimizzazione delle informazioni;
- A rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti ovvero, se sensibili o giudiziari, non indispensabili in relazione alle finalità di trasparenza.

Particolare attenzione deve essere, inoltre, riservata nella pubblicazione di documenti che possano avere contenuti non pertinenti con il fine stesso della trasparenza. Elemento imprescindibile per garantire il rispetto dei differenti interessi è un coordinato processo di standardizzazione dei documenti destinati alla pubblicazione tenuto conto del principio di minimizzazione dei dati.

In tale contesto, a tutela della riservatezza, ruolo di garanzia è attribuito al DPO, al quale sono attribuiti specifici compiti di supporto, informazione e sorveglianza nei confronti di tutta l'amministrazione, anche tramite la collaborazione con il RPCT, ferma restando tuttavia la non sovrapposibilità dei ruoli, come ribadito nel PNA 2019.

Per l'Istituto, con decreto del Direttore Generale n.231/2018, è stato nominato DPO, il Dott. Riccardo Possenti, Dirigente presso i Sistemi Informativi.

Ulteriori funzioni rilevanti sono assegnate dall'art.17 del Codice dell'Amministrazione Digitale, al Responsabile per la transizione Digitale. L'Ing. Domenico Nilo Mazza, Dirigente Responsabile dei Sistemi Informativi è stato nominato con decreto del Direttore Generale

n.461/2018 Responsabile della Transizione Digitale dell'Istituto.

14 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità

La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle relative responsabilità, di cui all'allegato al presente Piano – predisposta in conformità alle Linee Guida ANAC n.1310/2016 - è la rappresentazione sintetica della sottosezione trasparenza del PIAO per il triennio 2023-2025 dell'Istituto.

A seguito dell'attivazione e della messa a sistema della nuova architettura aziendale, approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione n.17 del 15.12.2020, la denominazione delle singole strutture nell'elenco degli obblighi di pubblicazione è quello sotto indicato.

Denominazione delle strutture nell'allegato (Elenco degli obblighi di pubblicazione) al PIAO 2023-2025.
Unità Operativa Affari Generali e Legali
Unità Operativa Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo Competenze
Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite
Unità Operativa Gestione Servizi Contabili
Unità Operativa Tecnico Patrimoniale
Unità Operativa Programmazione dei Servizi Tecnici e Controllo di Gestione
Formazione Biblioteca Comunicazione
Sistemi Informativi
Direzione Generale
Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa
Servizio Assicurazione Qualità

La mappa indica in aggiunta alle ipotesi individuate dal Legislatore con d.lgs. n.97/2016, la "Non applicabilità dell'obbligo" nei casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla norma in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione. In particolare, si tratta dei seguenti obblighi:

DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO 1 - MACROFAMIGLIE	DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO 2 - TIPOLOGIE DI DATI	DENOMINAZIONE DEL SINGOLO OBBLIGO	CONTENUTI DELL'OBBLIGO
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazioni, di direzione o di governo	Titolari di incarichi politici di cui all'art.14, comma 1, del d.lgs. n.33/2013	<i>Dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero";</i>
		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art.14, comma 1-bis, del d.lgs. n.33/2013	
	Cessati dall'incarico		
Rendiconti gruppo consiliari regionali/	Rendiconti gruppi consiliari/provinciali	Rendiconti gruppi consiliari/provinciali	<i>Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate;</i>
		Atti degli organi di controllo	<i>Atti e relazioni degli organi di controllo</i>

	provinciali		
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Ruolo dirigenti	<i>Ruolo dei dirigenti</i>
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per procedura	<i>Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico</i>	<i>Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi stessi lavori</i>
		<i>Concessioni e partenariato pubblico e privato</i>	<i>Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt.29, 164, 179 del d.lgs. n.50/2016 (...)</i>
		<i>Affidamenti in house</i>	<i>Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico</i>
		<i>Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni</i>	<i>Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</i>
Servizi erogati	Liste di attesta	Liste di attesa	<i>Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata;</i>
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art.1, l. n.144/1999)	<i>Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali);</i>
Pianificazioni e governo del territorio		Pianificazione e governo del territorio Pianificazione e governo del territorio	<i>Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti;</i>
			<i>Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse;</i>
Strutture sanitarie private		strutture sanitarie private accreditate	<i>Elenco delle strutture private accreditate;</i>
			<i>Accordi intercorsi con le strutture private accreditate;</i>

accreditate			
Interventi straordinari di emergenza		Interventi straordinari di emergenza	<i>Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio di poteri di adozione dei provvedimenti straordinari.</i>

In conformità a quanto previsto da ANAC, l'Istituto inoltre:

- 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;
- 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;
- considera quale termine entro il quale deve avvenire la pubblicazione quello di 30 giorni. Inoltre, con riferimento all'aggiornamento "trimestrale" considera rispettivamente i periodi gennaio-marzo, aprile-giugno, luglio-settembre, ottobre-dicembre di ogni anno e, con riferimento all'aggiornamento "semestrale" considera i periodi gennaio-giugno e luglio-dicembre di ogni anno.

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 d.lgs. n.33/2013 medesimo, l'Istituto ha pubblicato il link ipertestuale alle seguenti banche dati:

BANCA DATI	OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
Perlapa	"Consulenti e collaboratori - <i>Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</i> ". In questo caso, verificato tuttavia che i contenuti pubblicati nella sezione " <i>Consulenti e collaboratori - Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</i> " non sono totalmente coincidenti con quanto pubblicato nella banca dati di Perlapa è stato scelto di mantenere in proposito la doppia pubblicazione. "Personale - <i>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</i> ".
BDAP	"Opere pubbliche - tempi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche".
ARAN	"Personale - <i>Contrattazione collettiva - contratti collettivi</i> ",
	"Personale - <i>contrattazione integrativa - contratti integrativi</i> "
	"Personale - <i>contrattazione integrativa - costi contratti integrativi</i> "

A ciò, si aggiunge la pubblicazione del collegamento ipertestuale al sistema "Monitoraggio delle graduatorie concorsuali della P.A." del Dipartimento della funzione pubblica come previsto dall'articolo 1, comma 145 della Legge n.160/2019, per quanto riguarda la pubblicazione delle graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori della sezione "Bandi di concorso".

Inoltre, per ciò che riguarda il Consiglio di Amministrazione in carica, l'Istituto si conforma a quanto previsto dalla delibera ANAC n.241/2017 relativamente all'esonero dalla pubblicazione dei documenti di cui all'art.14, co.1, del d.lgs. n.33/2013 in riferimento allo svolgimento dell'incarico a titolo gratuito.

In conformità agli obblighi previsti dal d.lgs. n.39/2013, si è provveduto anche per l'anno 2022, ad acquisire e pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente le dichiarazioni annuali di insussistenza di cause di incompatibilità dei membri del Consiglio di Amministrazione e dei Direttori dell'IZSLER.

In considerazione di quanto disposto da ANAC con propria delibera n.1146/2019 e con delibera n.1201/2019, in merito all'applicazione della disciplina di cui al d.lgs. n.39/2020 anche nei confronti dei dirigenti in servizio presso enti sanitari ma non appartenenti al ruolo sanitario e titolari di funzioni gestionali, l'Istituto nel corso del 2022 ha provveduto a raccogliere e a pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente anche le dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità rese dai Dirigenti PTA con incarichi

gestionali in servizio presso l'Ente.

Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione in materia tema di appalti pubblici, il PNA 2022 ribadisce l'obbligo per le stazioni appaltanti di pubblicare atti, dati e informazioni che afferiscono ad ogni tipologia di appalto e ad ogni sua fase- dalla programmazione, alla scelta del contraente, dall'aggiudicazione fino all'esecuzione del contratto, rendendo così visibile, dopo l'individuazione del contraente, anche l'andamento del contratto (tempi, costi, rispondenza agli impegni negoziali). Per tale ragione e in adempimento a quanto previsto dalla Legge n.101/2018, l'Istituto provvede anche alla pubblicazione degli atti di esecuzione del contratto. La sezione "Bandi di gara e contratti" è stata inoltre adeguata alle recenti indicazioni fornite dall'Autorità nell'allegato 9 al PNA 2022, che superano quanto disposto con la precedente delibera n.1310/2016.

Come raccomandato anche nel PNA 2022 nella realizzazione degli obiettivi del PNRR dovrà essere data attuazione delle disposizioni del decreto legislativo n.33/2013 anche individuando una corrispondente sezione di Amministrazione Trasparente in cui, previa organizzazione delle informazioni, dei dati e dei documenti chiara, accessibile e facilmente fruibile dal cittadino, l'amministrazione consenta una visione complessiva di tutte le iniziative attinenti al PNRR.\

L'Istituto, dal 2020, pubblica ai sensi dell'articolo 99, co.5 del D.L. n.18/2020, convertito in Legge 24 aprile 2020, n.27, il rendiconto delle erogazioni liberali ricevute a sostegno del contratto all'emergenza COVID-19, secondo le indicazioni fornite da ANAC con Comunicati del 29.7.2020 e 7.10.2020.

L'Istituto provvederà, inoltre, ad adeguarsi a quanto stabilito da Regione Lombardia con propria deliberazione n.X1/4942 del 29.6.2021 in merito all'obbligo di predisposizione della "Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art.14 c.4, lett. a), d.lgs. n.150/2009" da parte del NVP e di conseguente pubblicazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Applicazione obblighi di pubblicazione della dirigenza

Il d.lgs. n.97/2016, modificando il d.lgs. n.33/2013, ha esteso l'applicazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'art.14 a tutta la dirigenza con l'eccezione tuttavia della dirigenza sanitaria, rispetto alla quale l'art.41 del d.lgs. n.33/2013 rimanda ai meno onerosi obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di collaborazione e consulenza, previsti all'art.15.

In proposito, ANAC è intervenuta inizialmente con:

Delibera n.1388/2016 e n.241/2017	Rilevava: ➤ l'errore di riferimento dell'art.41, comma 3 del d.lgs. n.33/2013 all'articolo 15 avuto riguardo alla dirigenza sanitaria ➤ la disparità di trattamento rispetto agli altri dirigenti, che tale richiamo determina
Delibera n.382/2017	Disponeva la sospensione, nei confronti di tutti i dirigenti, compresi quelli del SSN, degli obblighi di pubblicazione relativi: ➤ ai compensi comunque percepiti legati all'incarico, importi di viaggi e missioni pagate con fondi pubblici (art.14, comma 1, lett. c); ➤ ai diritti reali su beni immobili, azioni in società, dichiarazioni dei redditi e variazioni, situazione patrimoniale (art.14, comma1, lett. f)

Sul tema interveniva successivamente la Corte Costituzionale, che con sentenza n.20 del 23 gennaio 2019, dichiarava:

1)l'incostituzionalità dell'art.14, comma 1 lett. f), relativamente alla pubblicazione della situazione patrimoniale e reddituale nei confronti indistintamente di tutti i titolari di incarichi dirigenziali circoscrivendo l'obbligo di pubblicazione a quegli incarichi dirigenziali riconducibili all'art.19, commi 3 e 4, del d.lgs. n.165/2001.

2) non fondata la questione di legittimità costituzionale con riguardo alla pubblicazione di "compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica e degli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici" di cui al punto c) del comma 1 dell'art.14;

3) inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art.14, comma 1-ter relativa alla pubblicazione degli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica.

A seguito della sentenza della Corte, ANAC, interveniva nuovamente con propria delibera n.586/2019, distinguendo, ai fini dell'applicazione dell'art.14, tra:

Dirigenti del SSN che rivestono le posizioni indicate dall'art.41, co.2 del d.lgs. n.33/2013 (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore di Dipartimento, Direttore di struttura complessa)	Dirigenti del SSN che non rivestono le posizioni indicate dall'art.42 (ad. Es. dirigenti di struttura semplice)
Sottoposti alla disciplina di cui all'art.14, del d.lgs. n.33/2013, in quanto apicali e quindi assimilati alle figure di cui all'art.19 co.3 e 4 del d.lgs. n.33/2013, sarebbero	Esclusi dall'applicazione dell'art.14.

Nel contempo, Regione Lombardia e l'OIV di Regione Emilia Romagna ritenevano auspicabile attenersi strettamente al dettato normativo, continuando a pubblicare i contenuti di cui all'art.15 del d.lgs. n.33/2013 per la dirigenza sanitaria, in attesa di un intervento normativo chiarificatore.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto, valutato il perimento applicativo dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 alla luce delle indicazioni di cui sopra ha ritenuto opportuno (verbale n.9/2019) - in attesa di intervento chiarificatore da parte del Legislatore - attenersi alla stretta applicazione del dettato normativo, provvedendo alla pubblicazione dei dati di cui all'art.15, come richiamato dall'art.41 del d.lgs. n.33/2013, nei confronti di tutta la dirigenza sanitaria, il Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo.

Si segnala, in proposito, anche l'orientamento espresso dal TAR Lazio con sentenza n.12288/2020, il quale ha sottolineato la necessità che l'applicazione del regime di pubblicazione più pervasivo previsto dall'art.14 del d.lgs. n.33/2013 riguardi solo le figure dirigenziali effettivamente apicali (Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo).

Si ricorda infine che il Legislatore (art. 1, co.16 del D.L. 31 dicembre 2020, n.183, convertito in Legge 26 febbraio 2021, n.21) ha sospeso, fino alla data di adozione di apposito Regolamento interministeriale - ad oggi non ancora adottato benché la relativa formalizzazione era prevista per il 31.4.2021 - le misure sanzionatorie di cui agli articoli 46 e 47 del d.lgs. n.33/2013 per omessa pubblicazione dei contenuti di cui all'art.14, nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 14, comma 1-bis, del medesimo decreto. Il succitato regolamento provvederà alla concreta individuazione dei dati di cui al comma 1 dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 che dovranno essere pubblicati, anche con riferimento ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo.

L'Istituto, pertanto, in conformità con le determinazioni assunte dal Consiglio di Amministrazione in attesa dell'intervento da parte del Legislatore, continua ad attenersi strettamente all'applicazione dell'articolo 41 del d.lgs. n.33/2013 e del relativo rimando all'art.15 in attesa dell'auspicato riordino normativo.

15 Misure di informatizzazione del flusso di pubblicazione a servizio della trasparenza

Nei limiti delle risorse a disposizione dell'amministrazione o ente, affinché il flusso di pubblicazione a servizio della trasparenza sia svolto in modo efficiente, è in primo luogo auspicabile il ricorso a strumenti informatici. In proposito, l'Istituto si propone di individuare nuove e più snelle modalità informatiche di pubblicazione dei contenuti.

I Sistemi Informativi dell'Istituto in assenza di un collegamento informatico automatico tra i contenuti pubblicati in Amministrazione Trasparente e sul sito istituzionale provvedono a verificare l'eventuale presenza del medesimo contenuto in Amministrazione Trasparente e, nel caso, dispongono la pubblicazione sul sito dell'Ente non del contenuto ma di un link a

quanto presente in Amministrazione Trasparente.

Anche per il 2023, sarà indispensabile, da parte dei Sistemi Informativi, garantire l'allineamento coerente, costante e aggiornato dei contenuti informatici con i contenuti dell'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al presente Piano. Sarà altresì necessario continuare nella sedimentazione dei sistemi in uso così da garantire da un lato la rispondenza alla norma e dall'altro lato l'aderenza all'organizzazione dell'Istituto, provvedendo alla risoluzione delle fisiologiche criticità emergenti dall'utilizzo del sistema.

16 Dati ulteriori

L'Istituto, ai sensi di quanto previsto dall'art.7-bis, comma 3, del d.lgs. n.33/2013, dall'articolo 1 comma 9, lett. f) della l. n.190/2012 e come confermato dal PNA 2022 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 per i quali non è previsto specifico obbligo di legge o regolamento, previa anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in osservanza delle disposizioni in materia.

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

DATI ULTERIORI	Elenchi tirocinanti extracurricolari e delle borse di studio
	Attività di ricerca: <i>impact factor</i> della produzione scientifica, <i>know how</i> dell'attività di ricerca scientifica, rendicontazione economica dei progetti conclusi, accordi di ricerca, finanziamenti assegnati all'IZSLER per la ricerca, elenco dei progetti di ricerca assegnatari del contributo 5xmille destinato all'IZSLER, partecipazione ad organismi associativi
	Locazioni, contratti, accordi
	Censimento delle autovetture di servizio
	Sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario
	Reclami
	Contratti Assicurativi
	Rendicontazione economica delle attività finanziante con assegnazioni vincolate

PARTE VI - DISPOSIZIONI FINALI

17 Processo di adozione del Piano

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

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

Nel mese di dicembre, al fine di aprire il procedimento di adozione del presente Piano 2023-2025 alla partecipazione di tutti gli interessati (dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti), il Piano è stato pubblicato in consultazione sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER.

In particolare, la consultazione è avvenuta per un periodo consecutivo dal 27.12.2022 al 12.1.2023, con pubblicazione dell'invito a tutti gli *stakeholder* a trasmettere osservazioni e

proposte (all'indirizzo di posta maria.zecchi@izsler.it).

Lo schema del Piano è stato trasmesso dal RPCT alla Direzione, ai membri del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed ai membri del Consiglio di Amministrazione.

Presentato in prima istanza in Consiglio di Amministrazione per una valutazione preliminare (in data 20 dicembre 2022) è stato successivamente approvato in via definitiva.

Come previsto dal PNA 2019, il presente Piano verrà inserito nella "Piattaforma di acquisizione dei dati sui Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" di ANAC.

17.2 Comunicazioni obbligatorie

Il presente Piano (e tutte le sue edizioni precedenti) è pubblicato sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" - Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione, nonché nella sotto-sezione denominata Disposizioni Generali.

L'avvenuta pubblicazione sul sito *web* dell'IZSLER è comunicata via e-mail a ciascun dipendente e collaboratore dell'Ente. In fase di reclutamento di personale, occorre segnalare al neo-assunto la pubblicazione del Piano e il suo obbligo di prenderne conoscenza sul sito *web* dell'Amministrazione.