

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

SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - 2026-2028

PREMESSA	5
-----------------	----------

PARTE I - QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO	5
---	----------

1 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	5
<i>1.2. IL CICLO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO</i>	6

PARTE II -INDIVIDUAZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ, I CONTROLLI E IL MONITORAGGIO	8
--	----------

2 STRUTTURA DI RIFERIMENTO	8
2.1 GLI ATTORI DEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	8
<i>2.2 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</i>	8
2.3 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	10
2.4 IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	11
<i>2.5 STAFF DI SUPPORTO DIRETTO AL RPCT</i>	11
<i>2.6 IL GRUPPO DI SUPPORTO</i>	11
2.7 I "REFERENTI PER L'ANTICORRUZIONE E LA TRASPARENZA"	12
<i>2.8 I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA</i>	13
<i>2.9 I DIPENDENTI</i>	13
<i>2.10 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)</i>	14
<i>2.11 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)</i>	14
<i>2.12 CONTRASTO AI FENOMENI DI RICICLAGGIO E GESTIONE DELLE OPERAZIONI SOSPETTE</i>	14
3 I CONTROLLI INTERNI ALL'ISTITUTO	15
<i>3.1 IL SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	17
<i>3.2. MONITORAGGIO INTEGRATO</i>	19

PARTE III – AREE A RISCHIO CORRUZIONE	20
--	-----------

4 PREMESSA	20
4.1 AREE A RISCHIO GENERALI	20
4.2 AREE A RISCHIO SPECIFICHE	24
<i>4.2.1 PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITÀ SANITARIA PUBBLICA</i>	25
<i>4.2.2 FORNITURA DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO</i>	26
<i>4.2.3 GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA – ATTIVITÀ DI SFRUTTAMENTO DEI RISULTATI DELLA RICERCA E DELLA SPERIMENTAZIONE ED ALTRE TECNOLOGIE</i>	28

PARTE IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE	31
---	-----------

5 OBIETTIVI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA PER IL TRIENNIO 2026 - 2028	31
6 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO NEL PIAO 2026-2028	32
	2

7 MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	34
7.1 TRASPARENZA	34
7.2 CODICE DI COMPORTAMENTO	34
7.3 ROTAZIONE DEL PERSONALE	35
7.4 CONFLITTO DI INTERESSI	39
7.5 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	42
7.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI	44
7.7 ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	45
7.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTI DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PA	47
7.9 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER	48
7.10 FORMAZIONE DEL PERSONALE	50
7.11 PATTI DI INTEGRITÀ	50
7.12 MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI	51
7.13 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI AMMINISTRAZIONE-SOGGETTI CON CUI SONO STATI STIPULATI CONTRATTI	51
7.14 SISTEMA DI VIGILANZA SU SOCIETÀ E ENTI VIGILATI E CONTROLLATI	51
8 RELAZIONE ANNUALE 2025	55

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA **55**

9 GLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO	56
10 PROMOZIONE DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO ED ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL RECEPIMENTO DEL REGOLAMENTO UE 679/2016	56
11 PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DI CONTENUTI COERENTI RISPETTO AGLI OBBLIGHI E AI TERMINI DELL'AGGIORNAMENTO.	57
12 LA DEFINIZIONE DELLA GOVERNANCE PER GARANTIRE L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO". MISURE ORGANIZZATIVE.	57
13 IL MODELLO DI GOVERNANCE PER L'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA: COMPITI E RESPONSABILITÀ	57
14 LA MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DELLE RESPONSABILITÀ "BANDI DI GARA E CONTRATTI – ATTI DELLE AMMINISTRAZIONI AGGIUDICATRICI E DEGLI ENTI AGGIUDICATORI DISTINTAMENTE PER OGNI PROCEDURA".	63
15 MISURE DI INFORMATIZZAZIONE DEL FLUSSO DI PUBBLICAZIONE A SERVIZIO DELLA TRASPARENZA	67
16 DATI ULTERIORI	67

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI **68**

17 PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO	68
17.1 DESCRIZIONE DELL'ITER SEGUITO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO	68
17.2 COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE	68

ALLEGATI:

ALLEGATO 1: MAPPATURA UNICA PROCESSI

ALLEGATO 2: MISURE GENERALI-OBBLIGATORIE 2026;

ALLEGATO 3: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 2026.

Premessa

La disciplina sul Piano integrato di attività e organizzazione (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

Il PIAO aggiunge significato al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, non solo per la convergenza nella parte degli obiettivi strategici di valore pubblico, ma anche in quanto inserisce in modo trasversale in tutti i livelli dell'organizzazione dell'ente la previsione dei comportamenti tipici della buona amministrazione, quali la trasparenza e la prevenzione dei conflitti di interesse.

Da ciò consegue che la presente sezione deve necessariamente considerare tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso lato. In altri termini, tutti quei processi che, a seguito di valutazione del rischio, presentino un'esposizione a rischi corruttivi significativa devono essere presidiati da idonee misure di prevenzione della corruzione.

La sezione prosegue pertanto il percorso di contrasto alla cattiva amministrazione, in linea con le previsioni della legge 6 novembre 2012, n.190 e con le successive disposizioni normative.

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. La sottosezione da un lato valorizza il modello costruito sulla base dell'esperienza dell'Istituto e dall'altro provvede a rivederlo e adattarlo alla ratio della riforma introdotta dal PIAO diretta a rendere funzionali gli impatti delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza alla protezione degli obiettivi strategici di valore pubblico.

Infine, l'impatto della riorganizzazione aziendale implementata dall'inizio del 2026 costituisce elemento centrale della presente sezione.

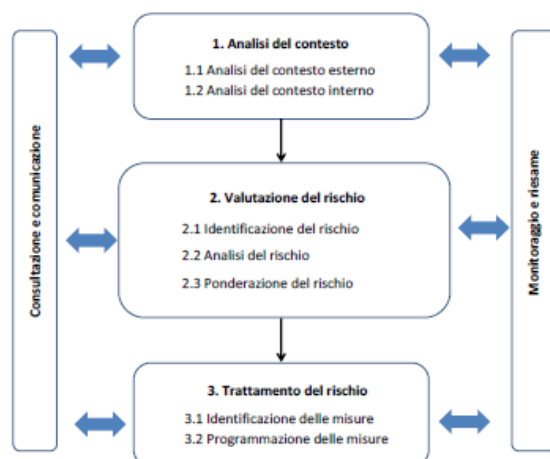
PARTE I - QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

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: ogni nuovo 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 - per la quale si rinvia alla parte generale del PIAO - 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. 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. Nell'ambito di questa analisi, particolarmente rilevanti sono i dati relativi alla presenza di criminalità organizzata e/o fenomeni di infiltrazione mafiosa nonché al livello di reati quali riciclaggio e corruzione. A tal fine, sono considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'Ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti.

L'analisi del contesto interno riguarda invece gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei 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 la "*mappatura dei processi*". Mutuando una nota definizione, 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 attività 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. Tale 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, il 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.

Concorrono alla determinazione dell'impatto del contesto sul sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Istituto i seguenti elementi:

1. Punti di forza:

- RPCT, staff di supporto e rete di referenti con competenze specialistiche consolidate;
- Buona collaborazione dei responsabili di struttura con la RPCT;
- Sistema di governance anticorruzione e trasparenza definito e collaudato;
- Formazione permanente mirata, finalizzata ed e-learning su prevenzione della corruzione, trasparenza e codice di comportamento;
- Sensibilità diffusa all'interno dell'Ente sui temi dell'etica pubblica.

2. Punti di debolezza:

- Complessità organizzativa dell'Ente;
- Percezione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in alcuni ambiti, come appesantimento procedurale anziché misura a protezione del valore pubblico.

La valutazione del rischio

La valutazione 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 delle attività che compongono il processo, dando vita a fatti corruttivi. Tali eventi, come identificati, devono essere formalizzati e documentati nella sezione Anticorruzione e Trasparenza, attraverso la predisposizione di un vero e proprio "*registro dei rischi*" dell'Ente.

Una volta identificati, gli eventi rischiosi devono essere analizzati. 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.

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 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 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 Trattamento 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.

Le misure 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

Le fasi del monitoraggio e del riesame sono finalizzate 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 delle singole misure di trattamento e della loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo. Il riesame riguarda il funzionamento del sistema di prevenzione nel suo complesso.

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 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

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nel processo di gestione del rischio.

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

Gli attori del sistema della prevenzione della corruzione si collocano nel tessuto organizzativo dell'Istituto, per la quale si rinvia al seguente link: [docForward.jsp \(izsler.it\)](http://docForward.jsp(izsler.it)).

2.2 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza

La Dott.ssa Maria Zecchi, dirigente amministrativo, in data 22.07.2020 ha assunto le funzioni di RPCT dell'IZSLER a seguito della 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

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

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 Piano 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 Sezione anticorruzione e trasparenza costituente parte integrante e sostanziale dei piani integrati di attività e organizzazione;
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;
Riferire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lo valuta opportuno;
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 di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
Contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità e segnalare i casi di possibili violazioni all'ANAC e all'AGCOM.
D.P.R. n.62/2013
Curare la definizione dei contenuti del Codice di Comportamento e la sua diffusione;
Effettuare il monitoraggio annuale sull'attuazione dei Codici di Comportamento e provvedere alla pubblicazione sul sito istituzionale dei relativi esiti;
Promuovere la formazione e la sensibilizzazione in materia di integrità, etica e trasparenza.
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
Verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione del pantouflage.
D.LGS. N.24/2023
Ricevere e prendere in carico le segnalazioni interne di whistleblowing.

Come ribadito anche nel PNA 2022, affinché il RPCT possa concretamente esercitare le proprie funzioni, garantendo la necessaria autonomia nello svolgimento dell'incarico, è 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.

Di seguito viene riportata una breve disamina dei profili di responsabilità in capo al RPCT:

Responsabilità amministrativa	<ul style="list-style-type: none"> per omessa adozione del Piano
Responsabilità: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dirigenziale ▪ disciplinare ▪ amministrativa per danno erariale all'immagine della pubblica amministrazione 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Piano 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 Piano 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.
Responsabilità dirigenziale	<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 dalla 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 della RPCT le attività urgenti e improrogabili saranno assunte dal dirigente della UO Gestione Servizi Contabili Dott.ssa Sara Scavini.

2.3 Il Consiglio di Amministrazione

Come sottolineato anche dal PNA 2022, l'organo di indirizzo politico ha un ruolo preminente nel processo di gestione del rischio corruttivo, nella definizione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, nonché nella creazione di un contesto istituzionale e organizzativo che sia di reale supporto al RPCT. 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 integrato di attività e organizzazione e la contestuale sezione relativa all'anticorruzione e trasparenza;
6)	Ricevere la relazione annuale del RPCT e eventuali ulteriori segnalazioni in merito all'attuazione

	delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
--	--

2.4 Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (di seguito anche “NVP”) dell’IZSLER, nominato con deliberazione del CDA n. 5 del 16.09.2025 è un organismo collegiale con funzioni sia in tema di gestione della performance che di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In particolare, in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza 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 Piano 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.

2.5 Staff di supporto diretto al RPCT

Come indicato 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 struttura UO Affari generali e legali, l’Ufficio Anticorruzione e Trasparenza, deputato a collaborare e supportare la RPCT nell’esercizio delle proprie funzioni. Lo *staff* di supporto alle attività della RPCT è composto da un collaboratore amministrativo professionale cat. D.

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 - competenze multidisciplinari a supporto del RPCT. 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 PIAO 2026-2028, risulta così costituito:

- Il dott. Paolo Bonilauri, per il Servizio Assicurazione Qualità dell’Istituto;
- la dott.ssa Paola Prati, dirigente responsabile della struttura complessa Sede Territoriale di Pavia;
- il Dott. Franco Paterlini, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sicurezza alimentare;
- Il Dott. Giuseppe Merialdi, dirigente responsabile della struttura complessa sede territoriale di Bologna;
- Il Dott. Marco Pio Olivieri, dirigente presso la struttura complessa U.O. Provveditorato Economato e Vendite.

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, in collaborazione con la RPCT 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);

- 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 sia per ulteriori processi/macro processi);

Al Gruppo di Supporto sono inoltre attribuiti i seguenti compiti:

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

2.7 I “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 Giuseppina Rubino
Sistemi Informativi	Riccardo Possenti
U.O. Provveditorato Economato e Vendite (contratti pubblici, settore beni e servizi)	Laura Galletti Marianna Martinelli
U.O. Tecnico Patrimoniale (contratti pubblici, settore lavori)	Emanuela Nucera Cristiana Pietta
U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle competenze	Elisa Ghirardi Maria Grazia Rusconi
Gestione integrata dei processi e innovazione	Simone Cominelli Marta Gasparini
U.O. Affari Generali e Legali	Valbona Taga
Ricerca e Formazione	Luisa Garau Margherita Franceschini

Ogni referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell’attività della struttura di riferimento sia in materia di prevenzione della corruzione che di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con la RPCT, affinché abbia elementi utili per la predisposizione e il monitoraggio del piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti supportano sia la 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	Partecipazione alla elaborazione della revisione annuale della sezione del PIAO;
4	Cura e supervisione dei controlli (relativi, ad esempio, alla disciplina della rotazione, del conflitto di interessi, del pantouflage), con conseguente segnalazione alla 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 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; • monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture.
Valorizzazione della realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruttivo in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie strutture 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 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 alla 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 come previsto sia dall'art.1, co.14 della legge n.190/2012 che dal Codice di Comportamento nazionale.

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 Piano;
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 dalla presente sezione del PIAO è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche di responsabilità dirigenziale.

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 (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 la RPCT.

In particolare, l'UPD:

1)	Collabora con la 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 trasmette alla RPCT una relazione annuale sull'attività disciplinare svolta e sulle segnalazioni relative a condotte illecite.

Nel corso dell'anno 2024, con decreto del Direttore Generale n.163 del 11.09.2024 è stato approvato il codice disciplinare applicabile al personale dirigente e al personale del comparto.

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

Al 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. 102 del 07.01.2026 "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA) dell'IZSLER. Annualmente il RASA provvede alla trasmissione delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture. L'Istituto è iscritto all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti con relativo codice AUSA. L'incarico di RASA è svolto in coordinamento con la 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 25289 del 25.11.2024, il Direttore Generale ha nominato la Dott.ssa Sara Scavini "Gestore delle segnalazioni sospette".

Inoltre, presso l'Istituto è in vigore il regolamento in materia di procedure per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo (adottato con Decreto del Direttore Generale n. 262 del 18 giugno 2018), ai sensi del quale ogni dirigente di struttura complessa assume il ruolo di "Responsabile della segnalazione" con il conseguente 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:

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile	<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 ovvero il visto 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. In area dedicata, i decreti del Direttore Generale e le determinazioni dirigenziali sono a disposizione, per la consultazione, al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei Conti.</p>
I controlli del Servizio Assicurazione Qualità	<p>Il Servizio Assicurazione Qualità si occupa di definire i processi aziendali e di certificarne la qualità. Per quanto rileva in questa sede, il Servizio Assicurazione Qualità 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 della sezione del PIAO e delle misure di imparzialità.</p>
Il Controllo di Gestione	<p>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</p>

	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 sul funzionamento del piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Istituto. Annualmente viene trasmessa all'Istituto una check list di verifica, completata dalla RPCT e trasmessa alla struttura regionale di controllo, a partire dalla quale viene effettuata la verifica. Anche per il 2024 l'Istituto ha risposto ai quesiti della check list regionale.

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, a garanzia del sistema dei controlli, 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 e verifica delle linee di ricerca e di strumenti e percorsi per lo 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

Il PNA 2022, ha definito la funzione di audit 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". Parimenti, anche l'aggiornamento anno 2023 al PNA 2022 individua nei sistemi di audit i principali strumenti di monitoraggio e verifica delle misure di anticorruzione adottate dalle amministrazioni.

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.

Gli interventi di audit si articolano nelle seguenti fasi predeterminate:

1. Programmazione operativa con definizione degli obiettivi e approvazione del calendario delle verifiche;
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 finale di audit attestato dal verbale;
4. Processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive eventualmente

indicate ad esito della verifica.

La funzione dei controlli interni è attività indipendente e trasversale finalizzata alla verifica del rispetto delle disposizioni normative e di buona amministrazione e delle misure di prevenzione della corruzione a garanzia dell'imparzialità dell'azione amministrativa e tecnica dell'Ente, nonché alla verifica dell'attività delle strutture e degli strumenti di governo. Tale sistema di controllo mira ad orientare e conformare le attività tra le diverse strutture presenti nell'organizzazione in termini di adeguatezza, uniformità e finalizzazione alle diverse vocazioni e peculiarità interne. Gli audit gestionali hanno una programmazione triennale con piani annuali di realizzazione e sono integrati nel sistema di gestione della qualità. La Direzione strategica, in qualità di committente, nei singoli piani annuali definisce:

I) i campi d'applicazione dei programmi di audit;

II) i criteri a cui tali programmi devono fare riferimento;

III) le priorità di verifica in considerazione di una valutazione preliminare;

IV) nomina i responsabili dei singoli programmi e la definizione dei singoli gruppi di auditors. Gli audit gestionali devono garantire confronto fra le strutture, sono tesi a contribuire a generare fiducia all'esterno, contribuiscono ad individuare soluzioni a criticità emergenti e ad aumentare trasparenza e terzietà nello svolgimento delle attività istituzionali e sono aggiornati costantemente alle esigenze di cambiamento del contesto esterno ed interno. Gli esiti degli audit gestionali amministrativi e sanitari sono considerati nella relazione annuale della RPCT.

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

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione, come ribadito anche nell'aggiornamento 2023 al PNA 2022, è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione, in quanto 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 2026, la RPCT effettuerà l'attività di monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione. 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 sistema delle misure di anticorruzione e delle misure in esso programmate. Gli esiti di tali verifiche costituiscono contenuto necessario della relazione annuale della RPCT. Per la parte sanitaria, stante il grado di specificità tecnica delle attività svolte, la verifica del raggiungimento delle misure è svolta in prima battuta dal Direttore Sanitario. Gli esiti dei controlli effettuati costituiscono elementi di rilievo per la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza relativa al triennio successivo. La verifica delle misure è altresì integrata nel corso degli audit

gestionali amministrativi e sanitari.

Fondamentale per un'adeguata e coerente gestione del sistema è la revisione annuale richiesta alle strutture della mappatura dei processi in carico.

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

MONITORAGGIO	OGGETTO	TEMPI	SOGGETTI RESPONSABILI
1° semestre 2026 (periodo 1.1.2026/ 10.6.2026)	Rendicontazione da parte delle strutture al Direttore Sanitario e al RPCT (per le strutture amministrative)	10.6.2026	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	10.7.2026	Direttore Sanitario/RPCT (per le strutture amministrative);
2° semestre 2026 (periodo 11.6.2026/ 10.11.2026)	Rendicontazione da parte delle strutture al Direttore Sanitario e al RPCT (per le strutture amministrative)	10.11.2026	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	30.11.2026	Direttore Sanitario/RPCT (per le strutture amministrative);

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:

➤ le misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
➤ i 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 alla RPCT, 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 dalla RPCT è garantito da un applicativo informatico. Alle verifiche della RPCT, si accompagna l'attività di monitoraggio posta in capo a ciascun Responsabile delle pubblicazioni nell'ambito delle proprie competenze.

Per l'anno 2026 sono previsti due monitoraggi: il primo è calendarizzato per il 30 giugno 2026 ed il secondo per il 31 dicembre 2026, 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 2026 (periodo 1.1.2026/ 30.6.2026)	30.6.2026	RPCT
2° semestre 2026 (periodo 1.7.2026/ 31.12.2026)	31.12.2026	RPCT

3.2. Monitoraggio integrato

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2025, in corso di definitiva approvazione, ha previsto l'istituzione di un monitoraggio integrato e continuo delle Sezioni e Sottosezioni del PIAO. Tale soluzione, che non si sostituisce ai monitoraggi delle singole sezioni ma vi si aggiunge, si inserisce nella logica di integrazione e coordinamento che è sottesa alla disciplina del PIAO. L'attività di monitoraggio è di fondamentale importanza per la valutazione di quanto programmato in termini di efficacia, efficienza e adeguatezza.

Premessa fondamentale per un monitoraggio integrato è una mappatura unica dei processi: per il 2026 IZSLER ha proceduto ad un importante lavoro di revisione dei propri processi in quanto interessata da una riorganizzazione aziendale; tale lavoro è poi confluito nella mappatura unica allegata al presente documento.

Attraverso il sistema di monitoraggio vengono presidiati tutti gli ambiti di competenza della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, e cioè le misure a carattere generale – quali la rotazione del personale, la separazione tra le fasi pre-analitiche e analitiche e la segregazione delle funzioni –, le misure specifiche – quelle in capo a ciascun reparto/Unità Operativa –, gli obblighi connessi al sistema della trasparenza.

Per quanto riguarda le misure anticorruzione a carattere generale e specifiche, ogni sei mesi tutti i reparti e tutte le U.O. devono redigere una relazione in merito all'applicazione delle misure generali e una rendicontazione delle misure specifiche, attraverso apposito applicativo informatico, da indirizzare al RPCT (per le strutture amministrative) o al Direttore Sanitario (per le strutture sanitarie). L'applicazione delle misure a carattere generale, stante la loro connaturata ampiezza e diversità di applicazione in ragione del singolo contesto di ogni struttura/reparto, viene monitorata attraverso l'analisi della relazione fornita da ogni struttura/reparto, mentre le misure specifiche, calibrate in sede di programmazione per ogni specifico rischio corruttivo valutato, sono monitorate attraverso la valutazione di specifici indicatori e target di raggiungimento.

Per quanto riguarda le misure di trasparenza, innanzitutto occorre fare riferimento al cd. "Albero della Trasparenza", e cioè il documento pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale nel quale sono elencati gli obblighi di pubblicazione previsti per legge e i Responsabili della pubblicazione dei dati richiesti. Inoltre, ogni Dirigente Responsabile della pubblicazione dei dati attesta la propria responsabilità in merito alla completezza, correttezza e aggiornamento di quanto viene pubblicato. Il monitoraggio del RPCT avviene sulla base di quanto descritto in tale documento: attraverso un applicativo informatico, il RPCT verifica, semestralmente, che ogni struttura abbia adempiuto ai propri obblighi di pubblicazione dei dati. I risultati del sistema di monitoraggio relativo alla Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza verranno condivisi con i componenti del Gruppo di Lavoro PIAO, e cioè i Responsabili delle altre Sezioni e Sottosezioni del PIAO (Sottosezione di Programmazione-Valore Pubblico, Sottosezione di Programmazione-Performance, Sezione Organizzazione e Capitale Umano, Sottosezione Formazione), al fine di valutare l'adeguatezza di quanto programmato, il grado di applicazione delle misure previste e per la redazione e l'aggiornamento del PIAO di successiva adozione.

Il monitoraggio sarà supportato da un applicativo informatico che permetterà la raccolta dei dati provenienti dai diversi processi delle relative sezioni/sottosezioni, la visualizzazione e la comunicazione interna ed esterna e dei risultati raggiunti.

PARTE III – AREE A RISCHIO CORRUZIONE

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

4 Premessa

Le “Aree a rischio corruzione” sono quegli aggregati di attività 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”, 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 nelle aree a rischio generali 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: 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 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 piattaforme di approvvigionamento digitali;
- 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 garantire una costante attività formativa e di aggiornamento.

La situazione dei contratti pubblici interna all'Istituto

Con riferimento all'area dei contratti pubblici, avuto particolare riguardo alla struttura UO provveditorato economato e vendite si prende atto che a decorrere dalla data del 02 ottobre 2023 l'Istituto ha conferito l'incarico quinquennale di direzione della struttura ad un nuovo dirigente. A far data dal 01.01.2026 la U.O. Provveditorato economato e Vendite ha visto un avvicendamento nella figura del Dirigente Responsabile.

Il settore dei contratti pubblici è stato interessato, nel 2023, dall'approvazione del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, recante il nuovo Codice dei contratti pubblici, che ha abrogato il D.lgs. n. 50/2016.

Le innovazioni introdotte dalla nuova disciplina hanno comportato per l'Istituto un significativo impegno di adeguamento dei processi e delle procedure di gara, al fine di garantire la piena conformità al nuovo quadro normativo. In tale contesto, già nel corso del 2024 sono stati avviati specifici percorsi di formazione rivolti al personale coinvolto nelle attività di approvvigionamento; formazione che è proseguita nel 2025 e che dovrà essere assicurata in modo continuativo anche negli anni successivi, in un'ottica di costante aggiornamento e consolidamento delle competenze. In particolare, il personale amministrativo dell'U.O. Provveditorato Economato e Vendite e dell'U.O. Tecnico Patrimoniale, a decorrere dal 2024 e nel corso del 2025, ha partecipato a un ciclo di "Corsi di formazione base, specialistica e avanzata finalizzati a ottenere e mantenere i requisiti richiesti per le stazioni appaltanti qualificate", svolto presso l'Università degli Studi di Brescia, in risposta all'esigenza di formazione specifica prevista dal nuovo Codice dei contratti pubblici, che individua la formazione quale requisito essenziale per la qualificazione delle stazioni appaltanti.

Come risulta dal sito istituzionale di ANAC, l'Istituto, già qualificato a livello avanzato per i

servizi e le forniture (SF1), ha conseguito la qualificazione di livello avanzato anche per i lavori (L1), attestando la capacità di gestire procedure di gara di qualsiasi importo.

Alla luce delle discipline transitorie per l'espletamento delle procedure in via emergenziale per la fornitura di beni e servizi, derogatorie rispetto alla regolare disciplina delle procedure e al fine di contenere l'amplificarsi di rischi corruttivi e di cattiva amministrazione, il PNA 2022 individuava una sezione speciale dedicata alla gestione del rischio corruttivo negli appalti.

Il nuovo Codice dei contratti, all'articolo 15 disciplina la figura del RUP che, da responsabile unico del procedimento, diviene responsabile unico del progetto. Il responsabile unico di progetto non si considera più responsabile di un solo procedimento, ma di una molteplicità di procedimenti, ovvero della complessa attività attraverso la quale si svolgono le fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione. Pertanto, da qui è nata l'esigenza del cambio di denominazione della figura responsabile che diviene responsabile unico del progetto, cercando di diffondere l'idea della responsabilità dell'intervento pubblico nella sua interezza.

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, 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. 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.

La rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP e altresì nell'individuazione delle previste figure di supporto al RUP 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'appalto, la mancata attuazione della rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate.

Rilevante segnalare come l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 sia dedicato esclusivamente ai contratti pubblici. L'intervento dell'Autorità ha la finalità di introdurre elementi chiarificatori rispetto alle misure tipiche applicate ai processi degli appalti (rotazione, conflitto di interesse e trasparenza) e alle novità introdotte dal nuovo codice. È ribadita la centralità della misura della corretta gestione del conflitto di interesse in tutte le fasi dei processi di gestione degli appalti pubblici, rispetto alle principali figure che entrano, con differenti gradi di responsabilità e competenza, nel ciclo degli appalti. Pertanto, l'attenzione deve essere dedicata, in particolare, ai ruoli di RUP, DEC, DL.

Alle misure indicate l'Autorità correla le attività di verifica e di monitoraggio sulla corretta attuazione delle misure programmate, anche a campione, tramite sistemi di auditing interno. Particolare attenzione deve essere riservata all'attività di sensibilizzazione dei soggetti preposti, con ruoli e competenze differenti, alla gestione delle procedure dei pubblici appalti. Anche per quanto riguarda la disciplina del subappalto l'aggiornamento del PNA sottolinea la necessità di applicare sistematicamente anche a questo istituto contrattuale le misure di contenimento del rischio corruttivo.

Anche per il 2026 il ricorso alle Centrali di acquisto di riferimento (Consip, Aria, Intercenter) si considera un'importante misura di prevenzione nonché uno strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti in IZSLER. Alla stessa esigenza di semplificazione ed efficientamento dell'attività di approvvigionamento, risponde la costituzione di una rete fra i dieci II.ZZ.SS. per l'affidamento di appalti di beni e servizi di carattere comune.

Nel 2024, per quanto riguarda l'area degli appalti pubblici, l'Istituto ha provveduto, con decreto del Direttore Generale n.109/2024 ad approvare, in attuazione dei criteri di rotazione, competenza e trasparenza di cui all'articolo 93 del vigente codice dei contratti pubblici, le linee guida aziendali da applicarsi ai procedimenti di nomina delle Commissioni Giudicatrici. Contestualmente, con il medesimo provvedimento l'Istituto prendeva atto della disapplicazione di regolamenti interni obsoleti, in particolare per la disciplina dell'attività contrattuale e il precedente regolamento per la disciplina delle Commissioni giudicatrici per appalti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Si segnala qui un'importante misura di prevenzione e di efficientamento delle attività nell'ottica di una buona amministrazione che ha trovato piena applicazione nel 2023 che si conferma e che è rappresentata dall'introduzione dell'utilizzo delle carte di credito aziendali presso le sedi territoriali in sostituzione dell'uso del contante. L'introduzione delle carte di credito aziendali ha richiesto l'adeguamento del previgente Regolamento. Il vigente regolamento è stato approvato con decreto del Direttore Generale n. 98 del 18/06/2024.

Attività finanziate con risorse del PNRR

"Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", meglio conosciuto con l'acronimo di PNRR, è il progetto di riforma predisposto dal Governo per accedere ai fondi del programma "Next generation EU" (NGEU), un pacchetto di investimenti e riforme europee a favore dell'innovazione ecologica e digitale, della formazione dei lavoratori e dell'equità.

Il Piano, definitivamente approvato a luglio 2021, persegue due obiettivi:

- promuovere il rilancio dell'Italia dopo la crisi pandemica, stimolando una transizione verso l'ecologia e il mondo digitale;
- favorire un cambiamento cercando di appianare le diseguaglianze di genere e le disparità territoriali e generazionali.

Una delle priorità delle Amministrazioni responsabili per l'attuazione delle misure contenute nel PNRR è senz'altro quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune a gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitti di interessi, frodi e corruzione. Ciascuna Amministrazione responsabile è, quindi, tenuta a svolgere controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese e ad adottare tutte le misure necessarie a prevenire, correggere e sanzionare le eventuali irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse.

Un ruolo di monitoraggio sulle attività svolte nell'ambito della programmazione degli interventi del PNRR e della prevenzione delle attività illecite è svolto, inoltre, come di consueto, anche dall'ANAC, sulla base delle competenze in materia stabilite dalla legge.

In proposito, nella parte generale del PNA 2022, l'Autorità si è posta nella logica di fornire un supporto alle amministrazioni, sottolineando come l'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, richiedono il rafforzamento delle misure di prevenzione della corruzione che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare.

L'Autorità ha pertanto offerto alle stazioni appaltanti un aiuto nell'individuazione di misure agili e al contempo utili a evitare che l'urgenza dei processi di realizzazione del PNRR faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi. Particolare attenzione è data nella parte speciale anche alla disciplina del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, nell'ambito del quale – oltre ai chiarimenti sull'ambito di applicazione soggettivo e oggettivo – sono state fornite misure concrete da adottare nella programmazione anticorruzione in materia ed è stato elaborato un esempio di modello di dichiarazione per individuare anticipatamente possibili ipotesi di conflitto di interessi. Si rinvia al paragrafo relativo alla gestione del conflitto di interesse del presente documento per il dettaglio delle misure individuate dall'Istituto.

In coerenza con quanto previsto nel PNA 2022 che, avuto riguardo alle misure di trasparenza, ha previsto contenuti specifici per le procedure di gara realizzate nell'ambito del PNRR, l'Istituto ha adeguato la sezione "Bandi di gara e contratti" introducendo per gli affidamenti finanziati con

risorse PNRR e fondi strutturali, l'ulteriore obbligo di pubblicazione degli atti di avvio delle procedure negoziate afferenti a tali investimenti e della relazione di genere sulla situazione del personale predisposta e consegnata dagli operatori economici. Ulteriormente, è stata integrata la sezione "Altri contenuti" per l'elencazione delle attività finanziate dal PNRR. Come indicato da ANAC con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, per tali procedure di affidamento vengono confermati gli obblighi e le modalità di pubblicazione previsti dal PNA 2022.

L'affidamento dei servizi legali

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 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 fornite da ANAC, della disamina del contesto esterno ed interno e degli ulteriori elementi rilevanti ai fini dell'individuazione delle aree a rischio specifiche, fin dalla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2024-2026 sono individuate 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" come definite dal Decreto legislativo n.27/2021 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 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 nei sistemi informativi, l'alterazione o eliminazione dei risultati delle prove, 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 sistemi informativi di produzione, gestione e trasmissione dei rapporti di prova idonei a garantire l'integrità dei dati analitici e del referto, nonché l'anonimizzazione dei 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 nella registrazione dei campioni e nell'esecuzione delle prestazioni e nell'emissione del rapporto di prova. L'attivazione del reparto *"Gestione Centralizzata delle richieste dell'utenza"* presso la sede ha avuto come obiettivo l'accentramento presso un'unica struttura delle attività di accettazione dei campioni, al fine di garantire maggiore efficienza ed imparzialità. Tale struttura semplice ha cambiato denominazione a seguito dell'adozione della nuova organizzazione aziendale – attiva dal 01.01.2026 – in *"Gestione richieste utenza e servizio movimentazione campioni"*, inserita all'interno della struttura complessa *"Gestione integrata dei processi e innovazione"*.

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 18.8.2022), avendo realizzato un sistema di rendicontazione automatica, aggiornato giornalmente, accessibile alle AUSL/ATS dal sito della Sorveglianza Epidemiologica per le malattie delle liste C,D,E del Regolamento CE 2018/1882. Le malattie delle liste A, B, così come le zoonosi elencate nella Direttiva 93/99 CE, vengono segnalate tramite trasmissione puntuale e diretta del rapporto di prova all'autorità competente locale.

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

L'Istituto, in subordine 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, nonché soggetti privati.

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. 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.

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"*, aggiornate nel corso del 2019, 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. Nel corso dell'anno 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. L'Istituto ha comunque mantenuto, come misure integrative, l'anonimato dei fogli di lavoro e la separazione funzionale tra fase pre-analitica (accettazione e registrazione campioni) e analitica.

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'esecuzione di controlli ufficiali.

Con riguardo all'erogazione di prestazioni in regime di diritto privato, l'Istituto, nel rispetto della normativa vigente, ed in particolare del D. Lgs. 106/2012, dell'Intesa tra Regione Lombardia e Regione Emilia-Romagna del 2014 e dell'art. 5 dello Statuto, stipula contratti di durata per prestazioni di laboratorio e/o servizi, in subordine alla propria attività istituzionale, dietro il pagamento del corrispettivo previsto dal tariffario approvato dalle Regioni e con l'applicazione degli sconti deliberati dal C.d.A.

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.

In conformità alla nuova politica degli sconti adottata dall'Istituto con decreto n. 279/2019, è stato 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/> 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, sezione anticorruzione e trasparenza del Piano integrato di attività e organizzazione, 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. 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 della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO dell'Istituto.

Per completezza, si segnala che con delibera del Consiglio di Amministrazione n.7/2023 è stato aggiornato il tariffario delle prestazioni erogate a pagamento dall'Istituto.

Per la stipula dei contratti di durata per prestazioni di laboratorio e/o servizi così descritti, l'Istituto ha adottato altresì una procedura generale per garantire il rispetto delle misure anticorruzione (attualmente codificata nella PG 00/92 rev. 06). A seguito della verifica contabile circa la regolarità dei pagamenti del richiedente, viene acquisita una valutazione tecnica da parte del referente (individuato dal Direttore Sanitario) che verifica, in merito alla richiesta, la fattibilità tecnica ed organizzativa da parte delle strutture coinvolte, e dichiara che l'attività sarà svolta in subordine ai compiti istituzionali; che sarà assicurata la prevalenza all'attività ordinaria in modo che non venga ad essa arrecato pregiudizio e che saranno adottate tutte le misure necessarie ad evitare il conflitto di interessi tra l'attività pubblica e privata. Il referente rilascia altresì dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, verificata dal superiore gerarchico.

Momento fondamentale dell'attività a pagamento da parte dell'Istituto, svolta nel rispetto dei compiti e dei limiti del mandato istituzionale, è rappresentato dalle attività per il recupero dei crediti non pagati. A tutela dell'interesse dell'Istituto devono infatti essere individuati e necessariamente attuate tutte le misure finalizzate al recupero delle somme dovute dai terzi all'Istituto, ma non incassate nei termini di pagamento contrattualmente previsti.

Misura introdotta a partire dal 2017 e preordinata al recupero delle somme, è rappresentata dal blocco automatico delle accettazioni per i campioni conferiti in autocontrollo quando a carico del cliente ci siano delle fatture non saldate. In tale evenienza il sistema informativo di gestione delle attività di analisi blocca la possibilità di gestire nuovi conferimenti. Inizialmente previsto per le ipotesi di fatture non pagate da oltre 180 giorni, a partire da febbraio 2020, il termine è stato anticipato a 120 giorni. A partire da gennaio 2024 il termine è stato ulteriormente anticipato a 90 giorni.

Per quanto riguarda invece le prestazioni per attività di analisi su campioni ufficiali, il decreto legislativo n.32/2021 ha previsto che l'attività di fatturazione e di incasso e conseguentemente anche di recupero dei crediti è posta in carico alle ATS e alle AUSL competenti per territorio che incassati gli importi ripetono le somme all'Istituto per l'attività dallo stesso svolta sui campioni ufficiali.

A partire dall'anno 2023, la fase giudiziale di recupero dei crediti è stata affidata all'Avvocatura dello Stato.

Con decreto del Direttore Generale n. 144 del 30 luglio 2024, l'attività di riscossione coattiva delle

entrate patrimoniali dell'Istituto è stata affidata, dalla data di adozione del medesimo provvedimento, all'Agenzia delle Entrate-Riscossione. Lo stesso decreto ha individuato l'attuale Dirigente responsabile dell'U.O. Gestione Servizi Contabili quale referente per i rapporti con l'Agenzia delle Entrate - Riscossione.

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 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 MIUR, 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

- approvazione preventiva dei progetti di ricerca con IZSLER capofila nella fase di attivazione interna della ricerca;
- 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 progetti di Ricerca Autofinanziata, l'Istituto adotta una procedura interna di selezione delle proposte progettuali da finanziare attraverso l'emanazione propedeutica di bandi specifici interni rivolti ai ricercatori dell'ente.

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.

Nell'ambito della ricerca con riferimento al personale della ricerca sanitaria (cosiddetta "Piramide della Ricerca" di cui alla legge n.205 del 27.12.2017) l'Istituto ha 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, 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 dei processi e le correlate misure rappresentano il risultato del percorso sopra delineato.

Per quanto riguarda le misure di prevenzione del rischio, sono state confermate le misure già in vigore nel 2022 e nel 2023. Nel corso del 2024, con la collaborazione del gruppo di supporto al RPCT si è provveduto, al fine di giungere ad un coordinato trattamento dell'intero processo di gestione del rischio corruttivo evitando la duplicazione delle medesime misure in più processi e

quindi la duplicazione delle rendicontazioni da parte delle strutture sanitarie, ad una riorganizzazione dei contenuti la cui efficacia sarà oggetto di valutazione e, una volta confermata in termini di maggiore efficienza potrà essere esportata per tutte le mappature dei processi dell'Ente.

PARTE IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

5 Obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2026 -2028

Ai sensi della legge 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, in conformità con quanto previsto nelle precedenti annualità ed alla luce dei risultati ottenuti, anche per il triennio 2026-2028 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 il consolidamento del processo di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

Le articolazioni aziendali dell'Istituto 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 2026-2028, il Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER, come definito nel corso della seduta del Consiglio del 17.11.2025 ha confermato la volontà di proseguire nel processo già avviato di contrasto ad ogni forma di illegalità nella propria organizzazione individuando quale obiettivo generale di anticorruzione e trasparenza per il 2026 l'***Incremento e rafforzamento degli strumenti di prevenzione della corruzione per la creazione di un contesto 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 declinate l'obiettivo generale sopra descritto:

- Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione (prioritariamente attraverso il corretto espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio, nonché la corretta gestione dei conflitti di interesse);
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione (mediante l'integrazione ed implementazione dei sistemi di controllo interno);
- Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione (attraverso il rafforzamento delle misure di formazione e di sensibilizzazione del personale);
- Mappare i processi e analizzare i rischi corruttivi relativi alla nuova organizzazione aziendale;
- Adeguare il sistema della trasparenza al nuovo assetto aziendale.

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.

6 Il processo di gestione del rischio corruttivo nel PIAO 2026-2028

Già con il PTPCT 2020-2022 l'IZSLER avviava la graduale applicazione delle 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, direttamente mutuata dalle indicazioni del PNA 2019.

La predetta scheda, ancora attuale, è in formato tabellare ed è suddivisa in quattro sezioni 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, sono stati definiti ed inseriti in tale sezione della scheda gli 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 proceduralizzata
	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 <i>"cattiva amministrazione"</i>) 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 <i>"cattiva amministrazione"</i>) 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 PER RISCHI ASSOCIATI AL PROCESSO/ATTIVITÀ/FASE?	Sì	I precedenti PTPCT hanno introdotto misure di prevenzione per la fase/attività
	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.

A seguito dell'estensione a tutte le strutture di questa metodologia di lavoro, è stato avviato un costante lavoro di aggiornamento delle mappature e analisi del rischio corruttivo, con lo scopo di rendere la gestione dei rischi corruttivi sempre più coerente e completa. A seguito dell'attuazione della nuova organizzazione aziendale dal 1° gennaio 2026, l'aggiornamento e la revisione della mappatura dei processi costituisce attività fondamentale per la presente sezione.

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 Piani di prevenzione della corruzione.

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, adottava già a fine 2021 un proprio Codice di Comportamento.

Con l'adozione del D.P.R. n.81 del 13.6.2023 è stato approvato il nuovo Regolamento legislativo – in vigore dal 14 luglio 2023 - che in parte ha modificato il Codice nazionale normato dal D.P.R.

62/2013. Le principali novità introdotte riguardano:

➤ Utilizzo delle tecnologie informatiche	1)consente l'utilizzo di account istituzionali solo per fini connessi all'attività lavorativa e a condizione che ciò non comprometta la sicurezza o la reputazione dell'ente; 2)vieta l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'ente, oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualche modo fonte di responsabilità per l'amministrazione;
➤ Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media	1)impone al dipendente di utilizzare ogni cautela affinché le proprie opinioni/giudizi non siano attribuibili all'ente e di astenersi da qualsiasi intervento che possa nuocere al prestigio, decoro o all'immagine dell'ente di appartenenza o della P.A. in generale; 2)introduce il divieto per il dipendente di divulgare o diffondere per ragioni estranee al rapporto di lavoro con l'ente e in difformità a quanto previsto dal d.lgs. n.33/2013 e dalla legge n.241/1990, documenti e informazioni in sua disponibilità;
➤ Rapporti con il pubblico	1)prevede che il dipendente orienti il proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente; 2)introduce per il dipendente l'obbligo di astensione dal rendere dichiarazioni pubbliche che possano nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'amministrazione di appartenenza o alla P.A. in generale;
➤ Comportamento dei dirigenti	1)prevede che il dirigente impronti il suo comportamento anche ai principi di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza; 2)attribuisce al dirigente il compito di curare la crescita professionale dei propri collaboratori e di assicurarne il benessere organizzativo, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori e relazioni basate sulla leale collaborazione e fiducia; 4)prevede espressamente che la misurazione della performance debba considerare anche il raggiungimento dei risultati e il comportamento organizzativo;
➤ Formazione	Prevede l'obbligo di seguire cicli formativi sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico sia a seguito di assunzione, sia in caso di modifiche del ruolo e di trasferimento.

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 16.12.2024 l'Istituto ha provveduto alla revisione del Codice di comportamento vigente al fine di assicurare il completo adeguamento delle disposizioni interne a quanto previsto dal D.P.R. n.81/2023.

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 tra le principali azioni in materia di rotazione del personale, il compito per i dirigenti di struttura complessa 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 il 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 inoltre essere attuata tenendo conto della necessità di tutela dei diritti dei dipendenti soggetti alla misura e dei diritti sindacali.

Lo stesso PNA 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 o la c.d. *"segregazione delle funzioni"*, con cui sono attribuiti a soggetti diversi compiti relativi allo svolgimento di istruttorie e accertamenti, all'adozione e all'attuazione delle decisioni prese e 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.

La predetta procedura definisce i criteri di rotazione dei dirigenti del ruolo Veterinario, Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo e del personale non dirigenziale con funzioni di responsabilità, 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).

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 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.

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 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.

Quale misura alternativa, in Istituto è data applicazione alla misura della *"segregazione di funzioni"*, la quale in IZSLER 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. 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. Si conferma la necessità che nel 2026 vengano individuati percorsi di affiancamento e formazione e che venga 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.

Con riferimento al personale amministrativo nel 2025 è stato assegnato un incarico di sostituzione del Dirigente della U.O. Affari Generali e Legali causa pensionamento, in attesa delle procedure per l'assegnazione dell'incarico. La misura alternativa alla rotazione ordinaria è stata confermata anche per il 2026 essere la segregazione delle funzioni.

La Direzione Sanitaria per quanto riguarda la rotazione ha confermato l'attuazione strutturata della misura per due strutture sanitarie, il Reparto chimico degli alimenti di

Bologna e il Reparto chimica alimenti e mangimi. In tutte le strutture il costante turn over che si sta verificando comporta e ha comportato inserimenti di nuovo personale e cambiamenti di mansioni più o meno netti non pianificati. La Direzione Sanitaria ha confermato altresì, per l'anno 2026, quali misure alternative alla rotazione ordinaria, la segregazione delle diverse fasi del processo analitico e l'anonimizzazione dei campioni. Nel contesto analitico tali misure saranno poste a garanzia della corretta gestione dei processi.

Si evidenzia che la nuova organizzazione aziendale, avviata a maggio 2025 e in corso di realizzazione, ha previsto un importante riassetto delle funzioni svolte dalle singole strutture. Ciò richiede un necessario e naturale avvicendamento nelle posizioni di Dirigente Responsabile delle strutture.

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 facoltativa 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 riguarda 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 coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione, siano essi dipendenti o

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.

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 l. 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 dalle 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;
 - al RPCT per le segnalazioni dei membri del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei revisori dei conti.
- I soggetti sopra indicati valutata la segnalazione, possono:
- 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, alla RPCT, al fine di consentire a quest'ultima l'esercizio delle funzioni di vigilanza in materia di anticorruzione.

Con la recente ultima modifica al Codice di comportamento dell'Istituto è stata ulteriormente valorizzata la rilevanza del monitoraggio nel tempo dell'adeguatezza delle misure individuate per la gestione dei conflitti.

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 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, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico e di aggiornarla tempestivamente al verificarsi di una variazione;
- 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 dell'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, il legislatore - prima con l'art.42 del d.lgs. n.50/2016 e successivamente con l'art. 16 del d.lgs. n.36/2023 - ha dettato disposizioni specifiche volte a trattare in modo puntuale l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di appalto. In tale settore, il conflitto di interessi, secondo la nuova formulazione dell'art.16 del d.lgs. n.36/2023, si verifica quando un soggetto, che a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella

fase di esecuzione degli appalti e può influenzarne il risultato, gli esiti e la gestione, 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, compresa la fase di esecuzione.

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:	<p>a tutti i soggetti che intervengono in una qualsiasi fase della procedura di affidamento e di esecuzione con compiti funzionali, che (come indicato nella Relazione illustrativa del Consiglio di Stato al Codice) implicino esercizio della funzione amministrativa, con esclusione di mansioni meramente materiali o d'ordine e che, pertanto, siano in grado di condizionarne il risultato.</p> <p>Per tale individuazione, ANAC nel PNA 2022, con particolare riferimento a quanto disposto dal previgente art.42 del d.lgs. n.50/2016, raccomandava di ricorrere ad un approccio dinamico-funzionale che tenga conto della funzione in concreto svolta dal soggetto coinvolto.</p> <p>Il nuovo Codice, utilizzando genericamente l'espressione "soggetto" e superando il riferimento al "personale della stazione appaltante" previsto dall'art.42 del d.lgs. n.50/2016, amplia la platea dei possibili interessati da una situazione di conflitto di interessi.</p>

Nella relazione illustrativa al nuovo Codice dei Contratti pubblici, il Consiglio di Stato ha precisato che il conflitto di interessi di cui all'art.16 si determina tutte le volte in cui a un soggetto sia affidata la funzione di cura di un interesse altrui (c.d. interesse funzionalizzato) ed egli si trovi, al contempo, ad essere titolare di un diverso interesse, la cui soddisfazione comporta il rischio di un pregiudizio e il rischio di un danno per l'interesse principale, a prescindere dal fatto che in concreto tale danno poi si realizzi.

Il rimedio da adottare ai sensi del comma 3 dell'art.16, come già previsto dall'abrogato art.42 del d.lgs. n.50/2016, 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 aggiudicazione e all'esecuzione.

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.

In continuità con quanto disposto dal precedente d.lgs. n.50/2016, anche nel nuovo codice la disciplina del conflitto di interessi deve essere coordinata con le disposizioni in tema di esclusione dalla gara pubblica. In particolare, l'art.95 del d.lgs. n.36/2023 prevede l'esclusione dalla gara pubblica dell'operatore economico quando la sua partecipazione determini il verificarsi della situazione di conflitto di interessi prevista dall'art.16 se la stessa non sia diversamente risolvibile. Tale esclusione, come previsto dall'art.96, non opera automaticamente ma può essere disposta dalla stazione appaltante in qualunque momento della procedura d'appalto, qualora risulti appunto che l'operatore economico si trovi, a causa di atti compiuti od omessi prima o nel corso della procedura, in una situazione di conflitto. 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.

Rispetto alla formulazione previgente, importante novità introdotta dal nuovo codice riguarda l'onere della prova del conflitto di interessi. In particolare, in coerenza con il principio della fiducia e al fine di preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, spetta a colui che invoca il conflitto di interessi provare la sussistenza della minaccia all'imparzialità e indipendenza, la quale:

- 1) deve fondarsi su presupposti specifici e documentati;
- 2) deve riferirsi a interessi effettivi la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.

ANAC individua, quale principale misura per la gestione del conflitto di interessi, il sistema delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse che vengono rese dai dipendenti e da tutti i soggetti coinvolti nella procedura di assegnazione di un contratto pubblico, anche in affidamento diretto, e del loro tempestivo aggiornamento nel caso di sopravvenuta variazione dei fatti originariamente dichiarati. La dichiarazione deve essere conservata e protocollata nel fascicolo relativo alla singola procedura pena, nel caso di omissione, la violazione delle linee guida n.15.

Il PNA 2022 distingue poi tra procedure di gara che:

- utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali: in un'ottica di rafforzamento dei presidi di corruzione, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, devono fornire un aggiornamento della dichiarazione, da integrare nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non precedentemente dichiarate;
- non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali: i dipendenti rendono una sola dichiarazione al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. In questo caso, restano comunque fermi:
 - a) 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.
 - b) l'obbligo, ribadito anche nel PNA 2022, di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.

In sintesi:

LA DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI:	
➤	Deve essere <u>resa all'atto di assegnazione all'Ufficio</u> secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento
➤	<u>Aggiornata per ciascuna procedura di gara e con riguardo a tutte le fasi della gara stessa (compresa l'esecuzione)</u> , con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento.

Alla luce del delineato sistema, i dirigenti responsabili delle strutture deputate all'acquisizione di beni, servizi e lavori avranno 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. 16 del d.lgs. n.36/2023 (e dell'art.42 del d.lgs. n.50/2016 per le procedure di gara a cui si applica il previgente Codice dei contratti pubblici ai sensi dell'art.226 del d.lgs. n.36/2023), in riferimento alle consultazioni preliminari di mercato ed alla partecipazione di candidati ed offerenti alla predisposizione della procedura di gara;
- di raccordarsi con la RPCT affinché quest'ultima sia adeguatamente e costantemente messa a conoscenza di eventuali scostamenti.

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.

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. Il nuovo Regolamento ha coordinato 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. 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. Il regolamento è stato da ultimo modificato con decreto n.140/2023 al fine di renderlo più coerente alle disposizioni regionali, in particolare alla Deliberazione della Giunta regionale della Lombardia n. IX/4942-2021 relativamente ai limiti numerici all'assunzione di incarichi. 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 centri e laboratori di riferimento svolte a favore di II.ZZ.SS. e autorità sanitarie;
AL DIRETTORE SANITARIO/DIRETTORE 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 necessario 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 della 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 sussistano 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.

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 indicati dall'Autorità (in particolare nella delibera n.833/2016, recante “*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*” e nel Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione approvato da ANAC il 29 marzo 2017 e da ultimo modificato con la Delibera n. 307/2025). La regolamentazione delle procedure operata dall'Autorità delinea un sistema ben definito di responsabilità e competenze.

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:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ in tempo utile per permettere all'organo conferente 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:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 (in assenza di motivi ostativi).	
La pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità in “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.

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 inconfiribilità/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 inconfiribilità 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 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.

Annualmente, inoltre, gli interessati sono tenuti a rendere apposita dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, le quali, 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"*.

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 i legami intessuti all'interno dello stesso, preconstituendosi 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.

La fattispecie è compiutamente descritta dalle *Linee Guida n.1 in tema di cosiddetto divieto di pantouflage – art.53, comma 16-ter, d.lgs. n.165/2001*, adottate da ANAC con delibera n.493 del 25 settembre 2024, depositate presso la segreteria del Consiglio in data 12 novembre 2024. Inoltre, la funzione di vigilanza ANAC è disciplinata dal regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001 (approvato in data 25 settembre 2024, pubblicato in G.U. n. 296 del 18.12.2024 e da ultimo modificato con Delibera n. 329 del 30.07.2025).

Per quanto riguarda l'ambito soggettivo di applicazione l'Autorità fornisce il quadro completo, distinguendo tra

- **Pubbliche amministrazioni ed enti di provenienza**: il divieto di pantouflage trova applicazione alle pubbliche amministrazioni come definite dall'articolo 1, co.2, del d.lgs. n.165/2001, quali enti di provenienza. In questo quadro l'Autorità ha poi chiarito a quali dipendenti pubblici e soggetti ad essi assimilati si applichi il divieto di pantouflage. Precisa infatti l'Autorità, ai fini dell'applicazione del divieto, occorre

considerare, oltre che i dipendenti, anche i soggetti che rivestono nella pubblica amministrazione un incarico riconducibile alle tipologie definite all'art.1 del d.lgs. n.39/2013, nonché i soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Sono pertanto soggetti al divieto di pantouflage:

- I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- Il personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinati o autonomo;
- I titolari degli incarichi di cui all'art.21 del d.lgs. n.39/2013 tra cui in particolare gli incarichi amministrativi di vertice, ossia gli incarichi di livello apicale, o posizioni assimilate nella pubblica amministrazione.

Non rileva invece l'occasionalità dell'attività svolta nell'ente di provenienza. Ritiene l'Autorità che il divieto di pantouflage trova applicazione anche quando viene esercitata un'attività espressione di potere autoritativo o negoziale in maniera occasionale (una tantum).

- **Enti privati in destinazione:** Il divieto di pantouflage presuppone che un "dipendente pubblico", inteso in senso ampio, svolga, una volta cessato dal servizio, la propria attività lavorativa o professionale presso un soggetto privato, nei cui confronti abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali. Precisa al proposito l'Autorità che uno dei presupposti del divieto è la sussistenza di un dualismo di interessi, pubblico da una parte e privato dall'altra. In ragione di tali interessi contrapposti, il dipendente potrebbe arrecare un danno all'interesse pubblico. A tal proposito ANAC, superando un proprio precedente orientamento, ritiene che il divieto di pantouflage non si applichi alle società *in house* in quanto tali enti costituiscono *longa manus* della PA. La formulazione della disposizione consente una lettura ampia della nozione di "soggetti privati", tra cui rientrano enti privati quali associazioni, fondazioni, federazioni con natura privatistica, imprese e studi di professionisti abilitati. Lo svolgimento di incarico in una società *in house*, considera l'Autorità, è comunque volto al perseguimento di interessi pubblici e non si configura pertanto la contrapposizione tra interesse pubblico/privato che appunto costituisce il presupposto per l'applicazione del divieto di pantouflage.

Il divieto di pantouflage, chiarisce l'Autorità, non trova applicazione agli enti privati in destinazione costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente.

Per quanto riguarda invece l'ambito oggettivo di applicazione le Linee guida forniscono una disamina dei cosiddetti poteri autoritativi e negoziali al fine di delineare un paradigma completo di valutazione da utilizzare nel caso concreto.

Sono considerati esempi tipici di esercizio di potere autoritativo e negoziale che implicano l'adozione di atti di natura provvedimentale la conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi o la realizzazione di lavori per la PA e l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere. Sono altresì ritenuti espressione di potere autoritativo e negoziale gli atti endoprocedimentali obbligatori (ad es. pareri, perizie) la cui adozione è tale da incidere in maniera significativa sul contenuto della decisione oggetto del provvedimento finale anche se sottoscritto da altri.

Alla luce di quanto sopra la valutazione del caso concreto dovrà necessariamente valutare:

- Il potere esercitato e il tipo di atto emanato;
- Il ruolo ricoperto all'interno dell'amministrazione e la posizione del soggetto che ha adottato l'atto alla luce del contesto procedimentale di riferimento;
- L'incidenza che il soggetto ha avuto ai fini dell'adozione dell'atto finale e in quale modo tale soggetto sia stato coinvolto nell'istruttoria e abbia preso parte all'adozione dell'atto finale.

Il limite triennale di operatività del divieto decorre dalla cessazione del rapporto di lavoro. Il divieto implica che il dipendente, alla cessazione dal servizio, svolga “attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione”. Sottolinea l’autorità che la prestazione presso il soggetto privato in destinazione deve essere connotata dai caratteri di continuità e di stabilità. Il divieto di pantouflage trova applicazione sia per attività svolte a titolo oneroso che a titolo gratuito. Le linee guida precisano al proposito che un incarico a titolo gratuito potrebbe trasformarsi successivamente in incarico a titolo oneroso, una volta terminato il periodo di raffreddamento imposto dalla norma

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	➤ 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.

Giova qui chiarire che il soggetto obbligato alla restituzione è l’ex dipendente pubblico e destinatario della restituzione è l’ente in destinazione che lo ha assunto e ha erogato, quindi, i compensi (restituzione derivante dalla nullità ex tunc del contratto di lavoro).

Rispetto invece al divieto per l’ente privato di destinazione di contrattare con la pubblica amministrazione l’Autorità precisa che il divieto opera solo nei confronti della pubblica amministrazione del soggetto assunto e non nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni. Restano esclusi dal divieto i contratti relativi a prestazioni di pubblico servizio.

Il divieto di pantouflage si applica anche alle società con sede all’estero.

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 autonoma 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 pantouflage.

Con delibera n.493-bis del 25 settembre 2024 è stato approvato il “*Regolamento sull’esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell’art.53, comma 16-ter, d.lgs. n.165/2001*”. La funzione di vigilanza e sanzionatoria è esercitata da ANAC secondo le modalità di cui al Regolamento indicato.

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 di assumere determinati incarichi laddove l'affidabilità dell'interessato sia condizionata da una sentenza di condanna, anche non passata 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.

Come chiarito da ANAC, tale fattispecie di divieto si distingue dall'ipotesi di inconferibilità 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 inconferibilità 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 la 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:

- delle commissioni per l'affidamento dei contratti pubblici: il legislatore considera illegittimo 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 la non sussistenza 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.

7.9 Tutela del whistleblower

La disciplina del "whistleblowing" è stata novellata dal d.lgs. n.24 del 10.3.2023 in "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante

disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali". Il decreto, in vigore dal 30 marzo 2023 e efficace dallo scorso 15 luglio 2023, detta una nuova disciplina volta a garantire massima tutela al segnalante - ovvero alla persona fisica che segnala, divulga ovvero denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile, violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, di cui sia venuto a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato - sia in termini di riservatezza dell'identità che da eventuali misure ritorsive.

Queste tutele vengono garantite al segnalante 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 comportamenti, atti o omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato;
- il segnalante sia venuto a conoscenza delle condotte illecite di cui al punto precedente in ragione del proprio rapporto di lavoro.

L'Istituto, nel corso del 2024, al fine di dare attuazione alle nuove disposizioni ampliative delle tutele previste a garanzia dei soggetti che segnalano illeciti, ha approvato un nuovo regolamento d'Istituto di tutela del soggetto che segnala illeciti (*whistleblowing*), adottato con decreto del Direttore Generale n. 107 del 18.06.2024. Onde assicurare un'effettiva sensibilizzazione del personale sulla tematica del *whistleblowing*, in data 10.10.2024 la RPCT ha tenuto un evento formativo rivolto a tutto il personale dell'Istituto. All'evento residenziale hanno partecipato circa n.140 dipendenti. L'evento, registrato, è stato messo a disposizione del personale che ne potrà fruire in modalità FAD.

L'Istituto è altresì dotato di un 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 reso conforme, nel 2021, alle specifiche tecniche e funzionali richieste da ANAC con le Linee guida n.469/2021, da parte dei Sistemi Informativi dell'Istituto.

Nel corso del 2023, in coerenza e come richiesto dalle nuove disposizioni normative di cui al d.lgs. n.24/2023, l'Istituto ha provveduto alla valutazione di impatto della piattaforma informatica che gestisce il sistema delle segnalazioni in Istituto.

Tra le novità introdotte dal legislatore con il d.lgs. n.24/2023, di particolare rilevanza è l'individuazione dei canali di gestione delle segnalazioni. La segnalazione può infatti essere gestita attraverso l'utilizzo:

1. del canale interno: la gestione del canale di segnalazione interna è affidata al RPCT.
2. del canale esterno: l'autorità competente a ricevere e gestire le segnalazioni attraverso il canale esterno è ANAC.
3. della divulgazione pubblica: divulgare pubblicamente vuol dire rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Resta ferma, ricorrendone i presupposti, la possibilità di presentare formale denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

Di seguito vengono riportate le principali novità introdotte dal d.lgs. n.24/2023:

➤ Ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni/divulgazioni pubbliche/ denunce
➤ Espansione dell'ambito oggettivo ovvero delle condotte che possono essere oggetto di segnalazione
➤ Canali diversificati per la segnalazione e regole per la loro presentazione e gestione
➤ Disciplina delle c.d. misure ritorsive

ANAC, al fine di recepire quanto introdotto dal Legislatore, ha adottato con propria delibera n.311 del 12 luglio 2023, nuove Linee guida che dettano indicazioni per la presentazione delle segnalazioni esterne e per la loro corretta gestione.

7.10 Formazione del personale

La formazione costituisce importante e indispensabile misura di prevenzione della corruzione quale strumento di mitigazione del rischio corruttivo. L'attività formativa è strutturata su due livelli:

LIVELLO GENERALE	Rivolto a tutti i dipendenti, per favorire un approccio basato sull'etica e per presentare gli aggiornamenti fondamentali delle disposizioni in materia
LIVELLO SPECIFICO	Rivolto al RPCT, ai collaboratori, al gruppo di supporto, ai referenti, 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 erogati dall'Istituto nel corso del 2025:

- formazione sull'aggiornamento della regolamentazione interna in tema di tutela del soggetto che effettua le segnalazioni, in relazione alle novità introdotte, ai sensi delle disposizioni comunitarie, dal decreto legislativo n.24/2023 (erogato con evento in presenza e successivamente messo a disposizione del personale in modalità FAD);
- formazione sui contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025-2027 a favore di tutti i dipartimenti dell'Ente;
- formazione sul contenuto del Codice di Comportamento di Istituto, con particolare focus sulle novità introdotte con la delibera del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 16.12.2024;
- mantenimento della formazione sull'etica all'interno delle pubbliche amministrazioni, con il corso "L'ecologia delle relazioni dell'agente pubblico" avviato nel 2020, accompagnato da un ulteriore evento intitolato "Guidare verso l'integrità", volto a descrivere il sistema di prevenzione della corruzione in IZSLER, avviato nel 2021.

Nel corso del 2026 sarà fornito l'aggiornamento sui contenuti dell'attuale Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO 2026-2028.

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.

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. Con specifico riferimento alle procedure di affidamento di servizi e forniture l'Istituto adotta il patto di integrità di Regione Lombardia che il fornitore si impegna a rispettare.

IZSLER incentiva e promuove l'utilizzo di protocolli di legalità e di *policy* anticorruzione anche per la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica. 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.

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.

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 pubblicare semestralmente i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti nella sezione Amministrazione Trasparente.

Per quanto riguarda l'area sanitaria è possibile accedere, tramite un *link* sul sito istituzionale, 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 2026.

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.

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 (licenze, contratti per prestazioni di laboratorio etc.), vengono acquisite le dichiarazioni circa l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del dirigente proponente/valutatore. Tali dichiarazioni vengono attestate dal superiore gerarchico ovvero dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo.

Tali misure sono confermate anche per il 2026.

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
Applicazione, in quanto compatibile, delle disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e, quindi: <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;	Applicazione, in quanto compatibile, delle disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e, quindi: <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; ma limitatamente alle attività di interesse pubblico dagli stessi espletate.
Applicazione dei PNA e adozione di misure integrative del "modello 231" al fine di prevenire fenomeni corruttivi di cui alla l. n.190/2012	Assenza dell'obbligo di applicare ulteriori misure di prevenzione della corruzione

Le pubbliche amministrazioni controllanti/partecipanti adottano iniziative per la

promozione dell'integrità e della trasparenza negli enti controllati/partecipati e per la vigilanza sul rispetto da parte di questi ultimi di quanto disposto 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. <i>* per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14).</i></p>

TAB. N. 2 - ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO	
SOCIETÀ PARTECIPATE	ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO
<p>Sono tali le società solo partecipate da P.A. che svolgono attività di pubblico interesse.</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 dagli statuti degli enti e delle società, nonché quelle demandate in virtù del contratto di servizio ovvero affidate direttamente dalla legge")</p>

	Tutti e due i requisiti devono sussistere cumulativamente.
--	--

	* 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).
--	--

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 del d.lgs. 19 agosto 2016, n.175 con determina dirigenziale n. 188 del 11.04.2025 del Dirigente Responsabile della U.O. Gestione Servizi Contabili – a seguito di apposita ricognizione effettuata dalla medesima U.O. – è stato attestato che le partecipazioni detenute dall'Istituto alla data del 31.12.2023 sono quelle di seguito riportate:

- Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche: quota di partecipazione dello 0%. Lo statuto della Fondazione prevede tuttavia la nomina di un rappresentante dell'Istituto nel Consiglio generale della Fondazione;
- Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali (AIZS): quota di partecipazione del 10%;
- CONAI (Consorzio Nazionale Imballaggi): quota di partecipazione per un controvalore di € 82.53.

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 ILZZSS. 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 i dati e le informazioni previste dall'art.22 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, come già evidenziato sopra, che il Direttore Generale dell'IZSLER sia membro di diritto del Comitato Tecnico Consultivo.

La lettura delle norme statutarie induce 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 tre 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;
- 3) nel corso del 2025 l'IZSLER ha aderito all'associazione di diritto belga denominata *"european virus archive-association international sans but lucratif"* (aisbl), autorizzata con decreto del Direttore Generale n.237 del 3.12.2024.

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 Riferenza 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"*.

Infine, giova segnalare che l'Istituto ha esercitato il proprio diritto di recesso, in data 26.03.2025, dalla società consortile a responsabilità limitata denominata "G.A.L. Valle Trompia Bee Green Valley Agenzia di sviluppo Società consortile a responsabilità limitata", società a cui aveva aderito con Decreto del Direttore Generale n. 366 del 14.11.2023.

8 Relazione annuale 2025

La relazione annuale del RPCT, elaborata ai sensi dell'art.1, co.14 della legge n.190/2012, costituisce un importante strumento di monitoraggio circa l'attuazione del Piano anticorruzione, nonché uno strumento indispensabile per la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione in esso previste.

La relazione relativa all'anno 2025 sarà predisposta e pubblicata entro il termine del 31 gennaio 2026.

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 al sistema 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.

La sezione e l'organizzazione dei contenuti pubblicati in "Amministrazione Trasparente" nel corso del 2026 saranno adeguati alle nuove indicazioni ANAC di cui alla Delibera n.495 del 25 settembre 2024 – modificata ed integrata con la delibera n. 481 del 3 dicembre 2025 – "*Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art.48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto – messa a disposizione di ulteriori schemi*". La riorganizzazione dei contenuti, che dovrà essere completata nel 2026 riguarderà l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), art. 13 (organizzazione) e art. 31 (controlli su attività e organizzazione).

A seguire l'Autorità, previa formale adozione, metterà a disposizione delle amministrazioni schemi di pubblicazione relativi ai seguenti obblighi: art.12 "*Obblighi di pubblicazione concernenti atti di carattere normativo e amministrativo generale*", art.20 "*Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale*", art.23 "*Obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi*", art.26 "*Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati*", art.27 "*Obblighi di pubblicazione dell'elenco dei soggetti beneficiari*", art.29 "*Obblighi di pubblicazione del bilancio, preventivo e consuntivo e del Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dei dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi*", art.32 "*Obblighi di pubblicazione concernenti i servizi erogati*", art.35 "*Obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti amministrativi e ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati*", art.36 "*Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici*", art.39 "*Trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio*", art.42 "*Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente*". Per il 2026 l'Istituto sarà pertanto impegnato nell'attività di riorganizzazione dei contenuti pubblicati in Amministrazione Trasparente adeguando tutto il sistema cosiddetto "Albero della trasparenza" ai nuovi modelli individuati da ANAC. Parimenti anche il sistema informativo utilizzato dall'Istituto per i monitoraggi semestrali dovrà necessariamente essere reso coerente alle nuove disposizioni dettate dall'Autorità.

9 Gli obiettivi di trasparenza e accesso civico

Nell'ambito dell'obiettivo generale di anticorruzione e trasparenza individuato per il 2026 ovvero l'“**Incremento e rafforzamento degli strumenti di prevenzione della corruzione per la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento e implementazione delle procedure**” che si articolerà e svilupperà in molteplici ambiti, uno dei quali rappresentato dalla realizzazione della Trasparenza prevedendone l'implementazione e la riorganizzazione dei contenuti.

La trasparenza pertanto continuerà, anche nell'anno 2026, a svolgere un ruolo centrale per assicurare la funzione di presidio di anticorruzione in tutti gli ambiti di attività dell'Istituto, con particolare attenzione a quei settori, come quello degli appalti pubblici, particolarmente a rischio.

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 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.

In tema di appalti, si ricorda che il diritto di accesso civico generalizzato è stato ritenuto applicabile dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n.10/2020 agli atti della procedura di gara anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto.

Sempre con riferimento ai contratti pubblici, ANAC, con propria delibera n.264/2023 ha indicato le modalità di esercizio del diritto di accesso civico tenuto conto del novellato regime di pubblicazione dei contenuti relativi agli appalti:

ACCESSO CIVICO SEMPLICE	ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO
<ul style="list-style-type: none">• esercitabile in caso di mancata pubblicazione dei dati, atti e informazioni nella BDNCP o in Amministrazione Trasparente;• la richiesta di accesso è presentata al RPCT della stazione appaltante in caso di omessa pubblicazione nella BDNCP, al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti alla elaborazione o trasmissione dei dati	<ul style="list-style-type: none">• esercitabile alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione.

secondo quando previsto nella Sezione Trasparenza del PIAO;	
<ul style="list-style-type: none"> la richiesta di accesso è presentata al RPCT di ANAC nel caso sia appurato che la stazione appaltante ha effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP. 	

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

Per il 2025, quale misura in tema di trasparenza programmata e assegnata alle strutture coinvolte dagli obblighi di pubblicazione, è stato monitorato il rispetto dei requisiti di completezza, aggiornamento e formato aperto dei contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza si distingue nel monitoraggio:

DELLA RPCT	<ul style="list-style-type: none"> nei mesi di giugno e dicembre 2025; con riferimento alle pubblicazioni dell'intera sezione "Amministrazione Trasparente"
DEL NVP	<ul style="list-style-type: none"> con riferimento all'assolvimento, alla data del 31 maggio 2024, degli obblighi di pubblicazione individuati da ANAC con delibera n.192/2025. <p>Il NVP ha attestato, in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> la "veridicità e l'attendibilità" di quanto pubblicato rispetto al contenuto degli obblighi; l'individuazione da parte dell'Istituto di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati; 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 è scaduto il termine di pubblicazione, al fine della loro successiva eliminazione da parte dei Sistemi Informativi.

Le misure di cui trattasi sono riproposte anche per il 2026.

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"> ➤ al dirigente dell'u.o. Affari Generali e Legali; ➤ Il Dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali e Legali acquisisce dalla Struttura competente a detenere o formare i documenti oggetto della richiesta di accesso tutta la documentazione e il supporto necessari ad evadere l'istanza
ACCESSO CIVICO SEMPLICE	➤ Alla 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 alla 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	<ul style="list-style-type: none"> • Predisporre la specifica sezione dedicata alla programmazione e al monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione all'interno del PIAO; • Svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni; • Verificare la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione.
Dirigenti/Direttori responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione in "Amministrazione Trasparente"	<ul style="list-style-type: none"> • 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); • 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; • Garantire la completezza delle pubblicazioni con assunzione di responsabilità rispetto ai contenuti pubblicati; • Assicurare il corretto trattamento dei dati personali oggetto di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"; • 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; • Verificare i dati, i documenti o le informazioni per i quali sia 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; • Svolgere stabilmente la verifica e il monitoraggio dei contenuti pubblicati dalla struttura; • 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; • Garantire l'interpretazione e l'applicazione della normativa relativa al settore di competenza, individuando idonee modalità di pubblicazione; • Fornire supporto alla RPCT in merito alle scelte operate.
Referenti della trasparenza (individuati nel PIAO)	<ul style="list-style-type: none"> • Supportare la 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 PIAO; • Supportare il Dirigente/Direttore nelle attività di monitoraggio e di controllo previste; • Informare tempestivamente la RPCT di eventuali criticità rilevate in merito agli adempimenti degli obblighi in materia di trasparenza.
Operatori	<ul style="list-style-type: none"> • Predisporre i contenuti per la pubblicazione da parte del responsabile della pubblicazione.

Dirigente Responsabile Sistemi Informativi	<ul style="list-style-type: none"> • Gestire la sezione del sito “<i>Amministrazione Trasparente</i>”; • Individuare idonee ed adeguate soluzioni informatiche per le attività della RPCT; • 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; • 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; • Verificare e monitorare il formato aperto dei contenuti pubblicati; • 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; • Gestire il sistema informativo di monitoraggio e di profilazione degli utenti.
Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)* *Il DPO dell’IZSLER è il dott. Riccardo Possenti, dirigente presso i Sistemi informativi, nominato con decreto del Direttore Generale n.231/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Supportare la 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; • Verificare e monitorare la conformità dei contenuti pubblicati in “<i>Amministrazione Trasparente</i>” alla normativa in materia di protezione dei dati personali.
Nucleo di valutazione delle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare la coerenza tra gli obiettivi del PIAO - sezione Anticorruzione e 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 “<i>Amministrazione Trasparente</i>”, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente.
Responsabile della Transizione Digitale* *In Izsler, il Responsabile della Transizione digitale è l’Ing. Mazza, dirigente responsabile dei Sistemi Informativi, nominato con decreto del Direttore Generale n.461/2018.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire la transizione digitale della Pubblica Amministrazione tramite l’erogazione di servizi pubblici digitali effettivamente fruibili, utili e di qualità, nonché l’adozione di modelli di relazione trasparenti e aperti con i cittadini.

All’interno del quadro così delineato, la 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 ribadisce, anche ai sensi dell’all. 4 della delibera ANAC n. 495/2024, che i Dirigenti responsabili della pubblicazione,

attraverso l'assunzione di responsabilità connessa al proprio compito, procedono alla validazione dei dati prima della loro pubblicazione, garantendo i requisiti di integrità, completezza, tempestività, costante aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità e riutilizzabilità, conformità ai documenti in possesso dell'amministrazione, indicazione della loro provenienza e riservatezza. L'alberatura del sistema della trasparenza, consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente, indica il Dirigente responsabile per ogni tipo di dato pubblicato, rendendo così chiaro il processo di pubblicazione dei dati.

Si ricorda, inoltre, 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 temperamento 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.

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.

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 e alle indicazioni del PNA 2022 - è la rappresentazione sintetica della sottosezione trasparenza del PIAO per il triennio 2026-2028 dell'Istituto.

A seguito della messa a sistema della più recente struttura organizzativa dell'Ente, approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 3 del 13.05.2025, la denominazione delle singole strutture coinvolte dagli obblighi di pubblicazione è quella sotto indicata.

Denominazione delle strutture nell'allegato (Elenco degli obblighi di pubblicazione) al PIAO 2026-2028.
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
Ricerca e Formazione
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 i dati previsti dalla norma non sono pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell’Amministrazione ovvero in quanto la fattispecie prevista dalla norma non si è ancora verificata in Istituto, come previsto dalla delibera ANAC n.1310/2016 e dal PNA 2022. 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 amministrazione, 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/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>
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 agli stessi lavori (art. 22, c. 1)</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	Liste di attesa	Liste di attesa	<i>Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di</i>

erogati			<i>attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata; Bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.</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>
Pianificazione 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 accreditate		strutture sanitarie private accreditate	<i>Elenco delle strutture private accreditate; Accordi intercorsi con le strutture private accreditate;</i>
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 – Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza".

	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.
	<i>"Personale – Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)"</i> .
BDAP	<i>"Opere pubbliche – tempi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche"</i> .
ARAN	<i>"Personale – Contrattazione collettiva – contrattazione collettiva"</i> .
	<i>"Personale – contrattazione integrativa – contratti integrativi"</i> .
	<i>"Personale – contrattazione integrativa – costi contratti integrativi"</i> .
BDNCP	<i>"Bandi di gara e contratti – Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura"</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".

A partire da gennaio 2024 è stato attivato il collegamento ipertestuale alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) per gli adempimenti previsti in tema di trasparenza dei contratti pubblici dall'art.28 del d.lgs. n.36/2023. Gran parte dei contenuti derivanti dagli obblighi di pubblicazione relativi agli appalti trovano ora pubblicazione attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

In conformità agli obblighi previsti dal d.lgs. n.39/2013 si è provveduto anche per l'anno 2025, ad acquisire e pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente le dichiarazioni dovute per i 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.39/2013 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 2025 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 il 2026 l'UO Gestione del personale e sviluppo competenze ha chiesto di rendere nuove dichiarazioni.

Nel corso del 2023, dando esecuzione a quanto stabilito da Regione Lombardia con propria deliberazione n.X1/4942 del 29.6.2021, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'Istituto provvedeva a predisporre la Relazione annuale concernente il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni di cui all'art.14, c.4, lett.a) del d.lgs. n.150/2009, riferita all'anno 2022. L'attività è proseguita per ogni annualità successiva, con l'ultima pubblicazione avvenuta in data 03.06.2025 della relazione riferita all'anno 2024. Nel corso del 2026 verrà pubblicata la relazione relativa al funzionamento del sistema per l'anno 2025.

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 contrasto all'emergenza COVID-19, secondo le indicazioni fornite da ANAC con Comunicati del 29.7.2020 e 7.10.2020.

Obblighi di pubblicazione in materia di appalti pubblici.

Il PNA 2022, a valere dal 2023, ha introdotto rilevanti novità in materia di trasparenza dei contratti pubblici. L'allegato 9 al PNA 2022, infatti, modificando e sostituendo le indicazioni fornite da ANAC con la precedente delibera n.1310/2016, contiene sia il nuovo elenco degli atti e dati oggetto di pubblicazione sia la nuova struttura della sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" del c.d. albero della trasparenza.

L'Istituto, nei primi mesi del 2023, sulla base dell'allegato 9 al PNA 2022, ha quindi provveduto all'integrale revisione della sezione "Bandi di gara e contratti", del sito istituzionale Amministrazione Trasparente.

Alle novità del PNA 2022, si sono aggiunte le novità introdotte dal nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. n.36/2023) il quale ha innovato profondamente anche gli obblighi di pubblicazione relativi alle procedure di appalto.

La nuova disciplina dettata dall'art.28 del d.lgs. n.36/2023, ha trovato applicazione a decorrere dal 1° gennaio 2024.

Il nuovo Codice ha introdotto, in particolare, due importanti novità:

- 1) l'estensione degli obblighi di trasparenza all'intero ciclo di vita degli appalti pubblici che, in base all'art.21 del d.lgs. n.36/2023, si articola in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione;
- 2) la revisione delle modalità e degli adempimenti per la pubblicazione dei contenuti in Amministrazione Trasparente: ai sensi dell'art.28, a decorrere dal 1° gennaio 2024, le P.A. potranno, infatti, assolvere alla maggior parte degli obblighi di pubblicazione tramite un collegamento ipertestuale alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) mantenendo in Amministrazione Trasparente solo alcuni contenuti per i quali non è prevista la trasmissione alla BDNCP. Si tratta: della composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti e dei resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione.

Alla BDNCP le stazioni appaltanti, per il tramite delle piattaforme di approvvigionamento digitale dovranno comunicare le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici.

La BDNCP, in attuazione del principio dell'unicità dell'invio, fungerà, per ciò che verrà trasmesso, da collettore degli atti di gara, assicurando nel contempo:

- 1) la pubblicità legale degli atti;
- 2) la tempestiva pubblicazione sul portale di ANAC dei dati ricevuti anche attraverso la Piattaforma unica della trasparenza e la periodica pubblicazione degli stessi in formato aperto.

Per la trasparenza dei contratti pubblici faranno fede i dati trasmessi alla BDNCP.

Ulteriore novità introdotta dal d.lgs. n.36/2023, riguarda l'abrogazione, a decorrere dal 1° luglio 2023, del comma 32 dell'art.1 della legge n.190/2012.

A completamento del quadro normativo introdotto dal d.lgs. n.36/2023, ANAC è intervenuta precisando le modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza a decorrere dal 1° gennaio 2024 tramite le due delibere di seguito riportate:

Delibera n.261 del 20.6.2023 <i>"Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n.36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale»</i>	Individua le informazioni che devono essere trasmesse dalle stazioni appaltanti alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche.
Delibera n.264 del 20.6.2023 <i>"Adozione del provvedimento di cui</i>	➤ Individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e

<p>all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n.31 marzo 2023, n.36 recante «Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo della vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33»</p>	<p>per gli effetti dell'art.37 del d.lgs. n.33/2013 e dell'art.28 del nuovo Codice, precisando che gli obblighi di pubblicazione in materia sono assolti dalle stazioni appaltanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) con la comunicazione tempestiva alla BDNCN di tutti i dati e le informazioni individuati nella delibera ANAC n.261/2023; 2) con l'inserimento nella sezione Amministrazione Trasparente di un collegamento ipertestuale che rinvia alla BDNCN e che garantisce un accesso immediato e diretto ai dati riferiti allo specifico contratto e che assicura la trasparenza di tutti gli atti di ogni procedura contrattuale (dai primi atti all'esecuzione); 3) con la pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei soli atti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCN e che vengono elencati nell'allegato 1 alla delibera. <ul style="list-style-type: none"> ➤ definisce i criteri di qualità delle pubblicazioni nonché la durata quinquennale delle pubblicazioni stesse; ➤ disciplina la modalità di esercizio del diritto di accesso civico e generalizzato; ➤ individua responsabilità e sanzioni in caso di inadempimento, anche parziale, della pubblicazione.
---	---

Entrambe le delibere, in vigore dal 1° luglio 2023, hanno acquisito efficacia dal 1° gennaio 2024. Nelle more, come indicato nella delibera n.264/2023 *“fino al 31 dicembre 2023 le stazioni appaltanti (...) assicurano la trasparenza dei contratti pubblici come declinati nell'allegato 9 del PNA 2022”*.

ANAC, con l'aggiornamento 2023 del PNA 2022, alla luce delle disposizioni normative vigenti, delle abrogazioni disposte dal nuovo Codice e dall'efficacia differita disposta per alcune norme, ha fornito ulteriori indicazioni che in parte hanno modificato quanto previsto dal PNA 2022, al fine di introdurre riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice.

L'Istituto ha adeguato i contenuti di pubblicazione alla luce delle novità introdotte dal d.lgs. n.36/2023 e tenuto conto delle indicazioni fornite da ANAC con le delibere n.261 e n.264 e con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022.

L'assolvimento dei nuovi obblighi di pubblicazione è rimesso alle strutture che in IZSLER si occupano di gestione degli appalti pubblici.

Si ricorda, infine, che è stata creata in Amministrazione Trasparente, come raccomandato anche nel PNA 2022, una specifica sezione in cui verranno pubblicate, quando disponibili, informazioni, dati e documenti relativi alle iniziative attinenti al PNRR.

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:

<p>Delibera n.1388/2016 e n.241/2017</p>	<p>Rilevava:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<p>Disponere la sospensione, nei confronti di tutti i dirigenti, compresi quelli del SSN, degli obblighi di pubblicazione relativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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, comma 1, 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	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. Ad oggi non intervenuto.

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.

Successivamente, il TAR Lazio con sentenza n.12288/2020 è intervenuto annullando la delibera ANAC n.586/2019 sopra citata con riferimento alla dirigenza sanitaria, chiarendo che nel rispetto dei principi enunciati dalla Corte Costituzionale, 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), non costituendo un adeguato bilanciamento tra le esigenze di trasparenza e di riservatezza, l'individuazione, tra questi soggetti, anche dei dirigenti di struttura complessa. Sempre il TAR Lazio con sentenza n.6045/2021, ha altresì chiarito che nel rispetto dei principi processuali, l'annullamento disposto con sentenza n.12288/2020 è necessariamente limitato alla previsione della delibera n. 586/2019 riguardante i dirigenti sanitari titolari di struttura complessa, oggetto del ricorso proposto.

In considerazione di ciò, ANAC con parere consultivo del 8.11.2023 è ulteriormente intervenuta ribadendo che "allo stato la delibera n.586 del 26 giugno 2019 resta validamente

applicabile nei confronti della dirigenza strategica del Servizio Sanitario Nazionale (e cioè direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore generale) e dei direttori di Dipartimento, per i quali occorre procedere alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali, con esclusione dei soli direttori di struttura complessa”.

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.

In questo contesto di incertezza, l’Istituto, 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.

Per completezza si segnala l’orientamento espresso dal TAR Veneto (sentenza n.1119/2022) che con riferimento alla mera raccolta dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti prevista dal Codice di comportamento nazionale (art.13, comma 3 del D.P.R. n.62/2013), precisa che *“la richiesta di comunicazione all’Amministrazione di appartenenza dei propri dati reddituali e finanziari non appare una misura eccessiva e sproporzionata rispetto all’obiettivo della trasparenza (...) non comportando alcun effetto lesivo diretto. (...) Tale disposizione deve essere interpretata nel senso che l’obbligo per i dirigenti di comunicare i propri dati reddituali e patrimoniali annualmente non sia riferita solo al momento del conferimento dell’incarico”*. Anac, con parere n. 3938/2025 del 22 ottobre 2025 conferma l’orientamento sopra espresso, ritenendo che in attesa dell’approvazione del regolamento di cui all’art. 1, c. 7 D.L. 162/2019, gli obblighi di pubblicazione di cui all’art. 14 d. lgs. 33/2013 anche con riferimento ai dirigenti sanitari sono sospesi, mentre l’obbligo di comunicazione patrimoniale e reddituale – con onere di aggiornamento annuale – ha una funzione di prevenzione dei conflitti di interesse, utile per l’organizzazione e il controllo interno dell’amministrazione e coerente con il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (cfr. art. 13 comma 3 D.P.R. 62/2013).

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

Nei limiti delle risorse a disposizione dell’amministrazione, affinché il flusso di pubblicazione a servizio della trasparenza sia svolto in modo efficiente, è in primo luogo auspicabile il ricorso a strumenti informatici.

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.

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	Locazioni, contratti, accordi
	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
	Elenchi tirocinanti extracurricolari e delle borse di studio
	Censimento delle autovetture di servizio
	Sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario
	Contratti assicurativi
	Reclami
	Rendicontazione economica delle attività finanziante con assegnazioni vincolate
	Piano Integrato di attività e organizzazione 2022-2024
	Piano triennale per la digitalizzazione
	Attività finanziate dal PNRR

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

17 Processo di adozione del Piano

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

Per l'elaborazione della presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2026-2028, la RPCT si è avvalsa della collaborazione di tutte le strutture amministrative e sanitarie coinvolte nonché del gruppo di supporto, avuto particolare riguardo alla revisione delle mappature dei processi.

Nel mese di dicembre, al fine di aprire il procedimento di adozione della presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2026-2028 alla partecipazione di tutti gli interessati (dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti), la sezione medesima è stata pubblicata in consultazione sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER.

In particolare, la consultazione è avvenuta per un periodo consecutivo dal 24.12.2025 al 07.01.2026, con pubblicazione dell'invito a tutti gli *stakeholder* a trasmettere osservazioni e proposte (all'indirizzo di posta maria.zecchi@izsler.it).

Lo schema della sezione è stato trasmesso dalla 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 6 novembre 2024) 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 personale neo-assunto la pubblicazione del Piano nonché l'obbligo di prenderne conoscenza sul sito *web* dell'Amministrazione.