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

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2022-2024

PREMESSA 5

1.1 LA LEGGE 6 NOVEMBRE 2012, N. 190 E LA SUCCESSIVA NORMATIVA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE 6
1.2 I PIANI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 7
1.3 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO 8
1.3.1 IL CICLO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO ED I SOGGETTI COINVOLTI 9

PARTE II – ANALISI DEL CONTESTO ED INDIVIDUAZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ 14

2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO 14
2.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO 14
2.1.1 IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO 14
2.1.2 CONTESTO DELL'ILLEGALITÀ NEL TERRITORIO 17
2.1.3. ATTIVITÀ DI CONTRASTO SOCIALE E AMMINISTRATIVO 19
2.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO 21
2.2.1 FUNZIONI E COMPETENZE DELL'IZSLER 21
2.2.2 IL RIORDINO ISTITUZIONALE E LA RIORGANIZZAZIONE INTERNA 26
2.2.3 I CONTROLLI INTERNI ALL'ISTITUTO 31
2.2.4 IL SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PTPCT 36
2.2.5 PERSONALE 37
2.2.6 SITUAZIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE DELL'ENTE 38
3 STRUTTURA DI RIFERIMENTO 38
3.1 GLI ATTORI DEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE 38
3.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E IL DIRETTORE GENERALE 39
3.3 IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI 40
3.4 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 40
3.5 STAFF DI SUPPORTO DIRETTO AL RPCT 43
3.6 IL GRUPPO DI SUPPORTO 43
3.7 I "REFERENTI PER L'ANTICORRUZIONE E LA TRASPARENZA" 44
3.8 I DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA 45
3.9 I DIPENDENTI 46
3.10 I COLLABORATORI 47
3.11 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD) 47
3.12 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA) 47
3.13 CONTRASTO AI FENOMENI DI RICICLAGGIO E GESTIONE DELLE OPERAZIONI SOSPETTE 48
4 LE RESPONSABILITÀ 48
4.1 LA RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE, DISCIPLINARE E AMMINISTRATIVA DEL RPCT 48
4.2 LA RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI 49
4.3 LA RESPONSABILITÀ DEI DIPENDENTI PER VIOLAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE 49
5 PREMESSA 51
5.1 AREE A RISCHIO GENERALI 51
5.2 AREE A RISCHIO SPECIFICHE 57
5.2.1 PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITÀ SANITARIA PUBBLICA 57

5.2.2 Fornitura di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato 59
5.2.3 Gestione delle attività di ricerca – Attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione ed altre tecnologie 61

PARTE IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE 64

5 Obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2021-2023 e coordinamento con il Piano delle Performance. 64
6 Il processo di gestione del rischio per l'adozione del PTPCT 2021-2023 65
8 Misure generali di prevenzione della corruzione 68
8.1 Trasparenza 68
8.2 Codice di Comportamento 68
8.3 Rotazione del personale 70
8.4 Conflitto di interessi 75
8.5 Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali 80
8.6 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi 82
8.7 Attività successive alla cessazione dal servizio 84
8.8 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimenti di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA 86
8.9 Tutela del whistleblower 88
8.10 Formazione del personale 89
8.11 Patti di integrità 91
8.12 Monitoraggio dei tempi procedimentali 92
8.13 Monitoraggio dei rapporti Amministrazione-soggetti con cui sono stati stipulati contratti 92
8.14 Sistema di vigilanza su società e enti vigilati e controllati 93
9 Relazione annuale 2021 97

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA 99

10 Premessa 99
11 Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico 101
11.1 Promozione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato ed adempimenti conseguenti al recepimento del Regolamento UE 679/2016 101
11.2 Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente di contenuti coerenti rispetto agli obblighi e ai termini dell'aggiornamento 103
12 La definizione della governance per garantire l'esercizio del diritto di accesso civico "generalizzato". Misure organizzative. 104
13 Il modello di governance per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza: compiti e responsabilità 105
14 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità 108
15 Misure di informatizzazione del flusso di pubblicazione a servizio della trasparenza 115
16 Misure di monitoraggio e controlli sull'attuazione degli obblighi di trasparenza 115
17 Dati ulteriori 116

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI 118

18 PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO *118*
18.1 DESCRIZIONE DELL'ITER SEGUITO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO *118*

ALLEGATI:

- ALLEGATO A
DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE N.17 DEL 15.12.2020
- **ALLEGATO B**
PROCESSI SANITARI (PNA 2019)
- **ALLEGATO C**
PROCESSI AMMINISTRATIVI (PNA 2019)
- **ALLEGATO D**
RELAZIONE RPCT 2021
- **ALLEGATO E**
MISURE GENERALI-OBBLIGATORIE 2022
- ALLEGATI F
ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
- ALLEGATO G
CODICE DI COMPORTAMENTO

Premessa

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (d'ora in avanti "*PTPCT*" o anche semplicemente "*Piano*") rappresenta il principale atto programmatico attraverso il quale l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (di seguito "*IZSLER*" o "*Istituto*") definisce la propria strategia di prevenzione della corruzione.

Il piano prosegue il percorso avviato negli scorsi anni di contrasto alla cattiva amministrazione, da intendersi come qualsiasi situazione nella quale possa ravvisarsi un abuso da parte di un soggetto del potere o delle funzioni allo stesso affidate, allo scopo di ottenere vantaggi privati in contrasto con l'interesse pubblico. Tale percorso si pone in linea con le previsioni della legge 6 novembre 2012, n.190, recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", la quale ha introdotto un sistema volto a prevenire la configurazione di condotte, situazioni, condizioni organizzative ed individuali, riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione e che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi.

Il Piano, nell'illustrare la strategia, i programmi, gli obiettivi e le azioni di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, si coordina con gli altri documenti programmatici adottati dall'Istituto

In particolare, ai sensi dell'art.1, comma 9, della l. n.190/2012, il Piano risponde alle seguenti esigenze:

a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art.16, comma 1, lettera l-bis), del d.lgs. 30 marzo 2001, n.165 recante "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*"[1];

b) prevedere–meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) prevedere, con particolare riguardo alle attività considerate ad alto rischio corruttivo, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (d'ora in avanti anche "*RPCT*"), chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

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

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

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

I contenuti del presente Piano ai sensi di quanto previsto all'articolo 6 del decreto legge n.80/2021 convertito in legge n. 113/2021 e in conformità con le disposizioni attuative in corso di approvazione, dovranno essere ricondotti al Piano integrato di attività e organizzazione – PIAO, nuovo strumento di programmazione delle pubbliche amministrazioni, il cui termine di approvazione è stato prorogato al 30 aprile 2022. L'articolo 6 della succitata previsione di legge dispone infatti che "per assicurare la qualita' e la trasparenza dell'attivita' amministrativa e migliorare la qualita' dei servizi e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni" adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di durata triennale, con aggiornamento annuale. Tra i principali contenuti il PIAO individua gli strumenti e le fasi

per giungere alla piena trasparenza dell'attivita' e dell'organizzazione amministrativa nonche' per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.

PARTE I - QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

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

Gli accordi internazionali e, in particolare, la Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale a Merida il 31 ottobre 2003 e ratificata dall'Italia con legge 3 agosto 2009, n.116, esprimono un orientamento teso ad integrare lo strumento della repressione della corruzione con l'adozione di misure atte a prevenire il manifestarsi di fenomeni corruttivi. L'art.5 della predetta Convenzione prevede, infatti, che ciascuno Stato elabori "*politiche di prevenzione della corruzione efficaci e coordinate che favoriscano la partecipazione della società e rispecchino i principi di stato di diritto, di buona gestione degli affari pubblici e dei beni pubblici, d'integrità, di trasparenza e di responsabilità*".
In linea con l'ordinamento internazionale, la citata legge n.190/2012 ha introdotto nel nostro Paese una strategia di contrasto alla corruzione di natura anticipatoria e preventiva.
La l. n.190/2012 disegna una strategia di contrasto alla corruzione basata su due livelli:

- uno nazionale, attraverso i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) adottati dall'ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione;
- uno periferico, attraverso i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) adottati da ciascuna pubblica amministrazione.

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

- il d.lgs. 14 marzo 2013, n.33 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", in materia di trasparenza amministrativa;
- il d.lgs. 08 aprile 2013, n.39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*", in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62 "*Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165*", recante la normativa nazionale sul comportamento che i dipendenti pubblici devono osservare.
  Tali provvedimenti costituiscono i pilastri dell'architettura legislativa nella materia della prevenzione della corruzione.

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

- la legge 27 maggio 2015, n.69 recante "*Disposizioni in materia di delitti contro la Pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio*", che inasprisce il trattamento sanzionatorio per alcuni reati contro la pubblica amministrazione.;
- la legge 7 agosto 2015, n.124 "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*", che, oltre ad apportare significative modifiche alla legge n.241/1990 sul procedimento amministrativo, conferisce deleghe al Governo per la revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza; per il riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni; per la riforma della disciplina sulle partecipazioni societarie delle pubbliche amministrazioni e dei servizi pubblici locali di interesse economico generale;
- il d.lgs. 18 aprile 2016 n.50 "*Codice dei Contratti Pubblici*" - così come modificato dal d.lgs. 19 aprile 2017 n.56 e dal decreto legge 18 aprile 2019 n.32 convertito con modificazioni con legge 14 giugno 2019 n.55 (c.d. decreto "*sblocca cantieri*") - il quale nel disciplinare la materia della contrattualistica

pubblica, detta particolari disposizioni volte a prevenire il manifestarsi di eventi corruttivi nella gestione delle procedure di aggiudicazione ad evidenza pubblica, nonché a garantire la trasparenza delle attività;

- il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*", che ha apportato importanti modifiche in materia di anticorruzione, trasparenza e accesso civico, intervenendo anche sul ruolo e le funzioni dell'ANAC;
- i decreti legislativi del 25 maggio 2017 n.74 e n.75 di riforma del lavoro alle dipendenze della Pubblica amministrazione, che modificano, rispettivamente, la disciplina del Testo Unico del Pubblico Impiego (d.lgs. n.165/2001) e il sistema di gestione della *performance* (d.lgs. n.150/2009), rendendo più stretta la correlazione tra i diversi Piani di programmazione strategica all'interno degli enti pubblici;
- il d.lgs. 16 giugno 2017 n.100 "*Disposizioni integrative e correttive al D.lgs. 19 agosto 2016, n. 175, recante testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*";
- la legge 30 novembre 2017, n.179 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*";
- il d.lgs. 10 agosto 2018, n.101 "*Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)"*, il quale incide trasversalmente sulla disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nella misura in cui detta specifici obblighi in tema di pubblicazione e trattamento dei dati;
- legge 9 gennaio 2019, n.3 "*Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e dei movimenti politici*" (c.d. l. "*spazza-corrotti*").

1.2 I Piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Come precisato dall'art.1, comma 2-bis della l. n.190/2012 il PNA rappresenta il principale atto di indirizzo, adottato dall'ANAC, per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Tramite il PNA, infatti, l'Autorità coordina l'attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione adottate dalle singole Pubbliche Amministrazioni, fornendo altresì loro indicazioni operative per l'adozione dei PTPCT.
Dal 2013 al 2019 sono stati adottati tre PNA (PNA 2013, PNA 2016, PNA 2019) e tre Aggiornamenti (Aggiornamento 2015, 2017, 2018).
Il PNA 2019 rivede e consolida in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni di carattere generale dettate dall'Autorità nei precedenti PNA, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo. Esso contiene indicazioni particolarmente innovative in relazione al processo di gestione del rischio corruzione. Il Consiglio di Anac, nella seduta del 21 luglio 2021, è intervento sul Piano Nazionale Anticorruzione ritenendo di limitarsi, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019-2021, a fornire un quadro delle fonti normative e delle delibere sopravvenute e rilevanti rispetto alla originaria approvazione del piano triennale. In assenza dell'aggiornamento anche per il 2021 al PNA 2019. Il presente Piano conferma i propri contenuti alle disposizioni di cui al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 citato.
Alla luce del permanere dell'emergenza sanitaria, nella stesura del presente Piano, particolare attenzione è riservata all'individuazione di misure che garantiscano la trasparenza dell'azione amministrativa nella gestione dei processi necessariamente coinvolti dall'emergenza sanitaria. Particolare attenzione deve essere prestata alle procedure in deroga previste dalla normativa in tema di appalti pubblici previste nell'ambito del persistere dell'emergenza sanitaria. Tra le misure di trasparenze di particolare rilievo si connota l'obbligo di pubblicazione di contenuti

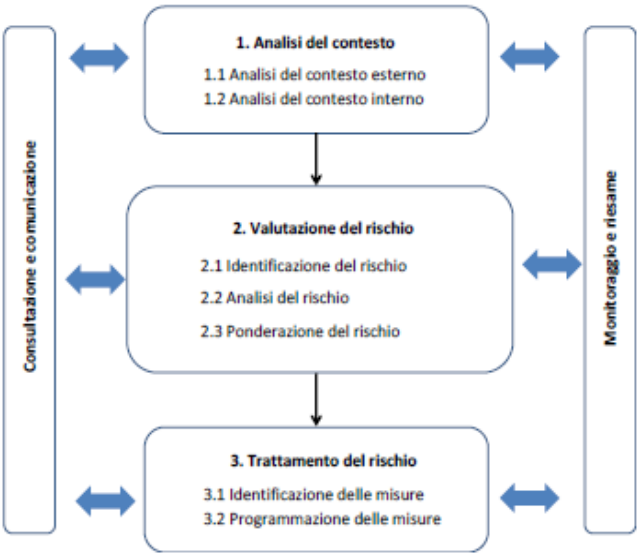
relativi alla fase di esecuzione dei contratti ai sensi di quanto previsto dal decreto legge n.77/2021 convertito con legge n.129/2021. Sempre più rilevanza ha assunto l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato che ha registrato un significativo incremento delle istanze nel 2021.
Come prescritto dalla legge n.190/2012, l'Istituto – entro il 31 gennaio di ogni anno – adotta un nuovo PTPCT, valido per il successivo triennio, completo di una specifica sezione dedicata alla Trasparenza.
L'IZSLER ha adottato il primo PTPC (valido per il triennio 2014-2016) con provvedimento del Direttore Generale n.35/2014 del 24 gennaio 2014. La relazione dell'allora RPC sull'attività svolta nell'anno 2014 è stata pubblicata sul sito *internet* dell'Istituto, nell'apposita sezione, in data 31 dicembre 2014.
Con decreto del Direttore Generale n.42 del 29 gennaio 2015 è stato approvato il secondo Piano dell'IZSLER relativo al periodo 2015-2017. La relazione sull'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT),per il 2015, è stata pubblicata in data 31 dicembre 2015.
Con decreto del Direttore Generale n.31 del 26 gennaio 2016, è stato approvato il Piano 2016-2018. La relazione sull'attività eseguita nel 2016 per contrastare i fenomeni corruttivi è stata pubblicata dal nuovo RPCT, in carica dal 12 dicembre 2016, in data 16 gennaio 2017.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 27 gennaio 2017, è stato approvato il Piano dell'IZSLER relativo al periodo 2017-2019, che è stato, in corso d'anno, oggetto di revisione ed aggiornamento, con i provvedimenti n.7/2017 e n.14/2017 del Consiglio di Amministrazione.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 29 gennaio 2018, è stato adottato il PTPCT 2018-2020, avente tra gli allegati la relazione del RPCT relativa all'anno 2017, pubblicata altresì nella apposita pagina della sezione "Amministrazione Trasparente" dell'IZSLER.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 31 gennaio 2019, è stato adottato il PTPCT 2019-2021, completo della relazione del RPCT per l'anno 2018.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.1 del 31 gennaio 2020, è stato adottato il PTPCT 2020-2022, completo della relazione del RPCT per l'anno 2019.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.10 del 16 settembre 2020 è stata approvata la modifica al PTPCT 2020-2022.
Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.3 del 29.3.2021 è stato adottato il PTPCT 2021-2023, nel rispetto dei termini come prorogati da ANAC con Comunicato del del 2.12.2020.
Sulla base delle indicazioni fornite da ANAC, anche il PTPCT 2022-2024 sarà inserito nella Piattaforma di Acquisizione dei dati sui Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

1.3 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, in conformità ai principali *standard* internazionali di *risk management*, esso si articola in tre fasi fondamentali *("Analisi del contesto" , "Valutazione del rischio" e "Trattamento del rischio")* più due fasi di natura trasversale *("consultazione e comunicazione" e "monitoraggio e riesame")* e si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: ad ogni sua ripartenza, il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente. Da ciò la centralità del monitoraggio, della verifica e della valutazione dei risultati conseguiti rispetto a quelli attesi.
Il processo di gestione del rischio (in particolare, le fasi di "*analisi del contesto*" e di "*valutazione del rischio*"), accrescendo l'"*auto-conoscenza*" dell'amministrazione, consentono di intervenire per risolvere le criticità rilevate e migliorare prestazioni e processi decisionali.

La finalità prioritaria del processo di gestione del rischio è, infatti, favorire - attraverso l'individuazione e la programmazione di misure organizzative sostenibili - 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*



Il PNA 2019 ha dedicato uno specifico approfondimento alla gestione del rischio corruzione. Tale approfondimento – costituente l'allegato n.1 al predetto PNA – rappresenta "*l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo*". Esso fornisce puntuali indicazioni per la progettazione, la realizzazione ed il miglioramento continuo dell'intero "*Sistema di gestione del rischio corruttivo*" e sostituisce le precedenti direttive emanate dall'Autorità che devono ritenersi non più applicabili. Viene introdotta una nuova metodica di valutazione di tipo "*qualitativo*", in sostituzione della precedente (prevista dall'allegato n.5 al PNA 2013) avente carattere "*quantitativo*". Le pubbliche amministrazioni erano tenute ad applicare le nuove indicazioni metodologiche in maniera graduale.
L'Istituto, pertanto, già nel PTPCT 2020-2022 aveva avviato la mappatura dei processi secondo la nuova metodologia per la gestione dei rischi corruttivi indicata nel PNA 2019.
Con il PTPCT 2021-2023, il percorso è stato completato dalle strutture e tutti i processi sono mappati in applicazione dei contenuti dell'allegato n.1 al PNA 2019. Il riesame periodico e la revisione delle mappature, effettuato con il PTPCT 2022-2024, è finalizzato a verificare e garantire la complessiva funzionalità del sistema di gestione del rischio.

1.3.1 Il ciclo del processo di gestione del rischio ed i soggetti coinvolti

L'Analisi del contesto (esterno ed interno)
La prima fase del processo di gestione del rischio è costituita dall'***Analisi del contesto***. È in questa fase che la Pubblica Amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad

identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno) sia alla propria organizzazione (contesto interno).
L'Analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio (o del settore specifico di intervento) in cui opera la pubblica amministrazione nonché delle relazioni esistenti con gli *stakeholder* e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'Ente, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. L'obiettivo è evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale la pubblica amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al contempo, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.
L'analisi del contesto interno riguarda invece gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità dell'amministrazione al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità ed il riparto di competenze e funzioni dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.
L'aspetto fondamentale di questa sotto-fase è costituito dalla cosiddetta "*mappatura dei processi*". Come ormai noto, per "*processo*" si intende "*una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)*". Si tratta di un concetto "*organizzativo*" diverso e più ampio di quello di "*procedimento*", che abbraccia tutta l'attività svolta dall'Ente e che dà evidenza di "*chi*", di "*come*" e di "*quando*" viene svolta una determinata attività. La mappatura dei processi rappresenta un'attività precipua dei singoli responsabili di struttura, ciascuno per l'ambito di specifica competenza, essendo gli unici ad avere una conoscenza completa ed approfondita delle attività svolte dai rispettivi Reparti/U.O. Il RPCT svolge una funzione di coordinamento.
Dato il concetto di "*processo*", appare evidente come la mappatura - ancorché indispensabile ai fini della corretta gestione del rischio corruzione - abbia in realtà natura trasversale e sia rilevante rispetto all'intera organizzazione dell'Ente. Come, infatti, sottolinea ANAC, "*una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo*". L'Autorità 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"*. È pertanto altamente auspicabile che venga quanto prima introdotta anche in IZSLER una "*organizzazione per processi*" dell'intera attività dell'Ente (e non solo per ciò che rileva ai fini della prevenzione della corruzione, come sino ad oggi effettuato). Ciò allo scopo di soddisfare - secondo criteri di economicità, efficacia ed efficienza e, quindi, secondo una logica di buona amministrazione - ogni esigenza istituzionale (determinazione del fabbisogno di personale, regolazione dei carichi di lavoro, gestione della *performance* aziendale, revisione assetti organizzativi, etc.). Siffatta mappatura rappresenterà poi anche la fonte per l'individuazione delle attività a rischio corruttivo da sottoporre a valutazione e trattamento.
L'auspicata organizzazione per processi comporta che il lavoro di mappatura venga attuato "*trasversalmente*", attraverso l'utilizzo di idonei strumenti informatici (per facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie) sotto il coordinamento delle strutture deputate alla pianificazione, analisi, valutazione e monitoraggio dell'intera attività dell'ente (Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Servizio Assicurazione Qualità).
Ciò precisato, il primo adempimento per una corretta mappatura è evidentemente l'individuazione dell'elenco completo dei processi dell'Ente: il cosiddetto "*catalogo*" dei processi della pubblica amministrazione. Ai fini della prevenzione della corruzione, detto catalogo va 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 finalizzata ad esplicitare le modalità di svolgimento del processo. La descrizione è un'operazione particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo, in funzione delle sue modalità di svolgimento e allo scopo di individuare i necessari correttivi. In ragione dell'importanza e della complessità di tale adempimento, ANAC, nel PNA 2019, rappresentava l'utilità di "*pervenire gradualmente ad una descrizione analitica"* dei processi, partendo - in fase di prima applicazione - da quelli che, sulla base delle risultanze dell'analisi del contesto, apparivano maggiormente esposti al rischio corruttivo ed esplicitando solo alcuni dei numerosi e possibili elementi informativi: che cos'è e che finalità ha il processo; quali sono le attività che lo scandiscono e lo compongono; chi sono i soggetti che svolgono le attività del processo e chi ne ha la responsabilità complessiva.

La valutazione del rischio

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

L'Identificazione ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi nel corso dell'espletamento di un processo (o meglio delle attività che lo compongono), dando vita a fatti corruttivi. Il coinvolgimento in tale fase della struttura interessata è ancora una volta fondamentale poiché i responsabili di U.O./Reparti, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono più facilmente identificare gli eventi rischiosi. Detti eventi, come identificati, devono essere formalizzati e documentati nel PTPCT, attraverso la predisposizione di un vero e proprio "*registro dei rischi*" dell'Ente. Tale registro elenca per ogni processo/attività i corrispondenti eventi rischiosi.

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

Come accennato, il PNA 2019 ha introdotto una nuova metodica per stimare il livello di esposizione al rischio avente carattere "*qualitativo*". Tale metodologia è basata su valutazioni motivate (quindi, non meramente numeriche) espresse dai soggetti che effettuano l'analisi del rischio (i responsabili di struttura) attraverso l'utilizzo di specifici criteri predeterminati, definiti come "*indicatori di livello di esposizione al rischio*". Preliminare alla realizzazione di questa sotto-fase è pertanto la definizione di indicatori in grado di fornire informazioni sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'attività/processo oggetto di valutazione. 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 corretta realizzazione di tale fase necessita del coordinamento del RPCT, il quale ha il compito di definire gli indicatori di rischio e di vagliare le valutazioni dei responsabili delle singole strutture per analizzarne la ragionevolezza ed evitare che una sottostima del rischio porti a non attuare azioni di mitigazione del rischio.

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

Il Trattamenti del rischio

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

Le misure individuate in tale fase devono essere specifiche e puntuali; la loro modalità di attuazione va correttamente programmata, attraverso la definizione di tempistiche, indicatori e *target* misurabili e rendicontabili, per consentirne il monitoraggio, ai fini della verifica della loro corretta applicazione ed efficacia.
Come per le precedenti fasi, anche l'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento diretto delle strutture interessate, valutando e recependo le indicazioni dei relativi responsabili. L'individuazione di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, quale principale conoscitore dei processi e delle attività del proprio reparto/U.O., è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

Il Monitoraggio ed il riesame

Monitoraggio e riesame sono finalizzati a verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo di gestione del rischio.
In particolare, il monitoraggio è volto alla verifica della corretta applicazione e dell'idoneità (effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo) delle singole misure di trattamento. Il riesame riguarda il funzionamento del sistema di prevenzione nel suo complesso.
Le risultanze del monitoraggio devono essere rappresentate all'interno del PTPCT e della Relazione annuale del RPCT. Esse costituiscono il presupposto per la predisposizione del successivo PTPCT.
Il sistema di monitoraggio può essere efficacemente basato su più livelli. Un primo livello può essere correttamente costituito dall'autovalutazione (sulla corretta applicazione e l'idoneità delle misure) dei responsabili di struttura. Il secondo livello deve far capo al RPCT che, a seconda dell'articolazione organizzativa - in via diretta ovvero attraverso le funzioni di controllo interne - verifica le autovalutazioni dei responsabili di struttura.

Consultazione e Comunicazione

La fase di "*consultazione e comunicazione*" è trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio. Consiste sia in un'attività di coinvolgimento di soggetti interni (dipendenti, organo di indirizzo, dirigenti di struttura, etc.) ed esterni (cittadini, *stakeholder*, etc.), ai fini del reperimento di informazioni per migliorare tutto il sistema di prevenzione della corruzione, sia in attività di comunicazione (interne ed esterna) delle azioni realizzate o da realizzare e dei connessi compiti e responsabilità. Risulta fondamentale in tale ambito un corretto e continuo scambio di informazioni, in particolare, tra RPCT, dirigenti di struttura, Nucleo di valutazione delle prestazioni ed organo di indirizzo politico, in modo che ognuno possa assolvere al meglio i rispettivi compiti e funzioni.

I soggetti Coinvolti nel processo di gestione del rischio

Come espressamente richiesto da ANAC, vengono riportati di seguito i compiti specifici di ciascuno degli attori coinvolti nel processo di gestione del rischio corruzione, così come esplicitati dal PNA 2019.
Il ***Consiglio di Amministrazione***, quale organo di indirizzo, ha il compito di:
- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- creare le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

Il ***Nucleo di Valutazione delle Prestazioni*** (NVP), quale soggetto con funzione analoghe a quelle degli *Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV)*, ha il compito di:
- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.
Ai sensi dell'art.16, comma 1, del d.lgs. n.165/2001 (lettere da l-bis, l-ter ed l-quater), i ***dirigenti responsabili di struttura*** "*concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti; forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; 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*".
I dirigenti responsabili di struttura provvedono a:
- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale ;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT."
La mancata collaborazione da parte dei dirigenti può essere considerata dal RPCT in fase di valutazione del rischio, "*in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbe nascondere situazioni di criticità*".
La vigente legislazione assegna al ***RPCT*** un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio. "*Questo ruolo di coordinamento non deve in nessun caso essere interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto per deresponsabilizzarsi in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione*".
Il **RPCT** può avvalersi "*delle strutture di vigilanza ed audit interno, laddove presenti, per:*
- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
*- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischi*o."
Il ***RPCT*** "*segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*".
I ***Dipendenti***, ai sensi dell'art.8 del D.P.R. n.62/2013, prestano collaborazione al RPCT e partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, in particolare, dando corretta

attuazione alle misure di prevenzione programmate nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti di dette misure costituisce illecito disciplinare.
Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. UPD, servizio ispettivo, etc.) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT, ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.
Il PNA, infine, suggerisce di "*creare una rete di referenti per la gestione del rischio corruttivo, che possano fungere da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. In ogni caso, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo*". L'IZSLER negli anni passati aveva già provveduto alla costituzione di un Gruppo di Supporto e di una rete di "*Referenti per l'anticorruzione e la Trasparenza*", per le cui funzioni e composizione si rinvia più avanti alla Parte II del presente Piano.

PARTE II – ANALISI DEL CONTESTO ED INDIVIDUAZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ

2 Analisi del contesto esterno ed interno

Come precedentemente illustrato, per comprendere a quali tipi di eventi corruttivi l'IZSLER sia maggiormente esposto è indispensabile esaminare una serie di informazioni sulle caratteristiche del contesto territoriale in cui l'Istituto opera e del settore socio-economico relativo alle attività istituzionali che svolge (contesto esterno), nonché in ordine alla sua organizzazione (contesto interno).

2.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stata elaborata sulla base di quanto illustrato nei Piani precedenti, sulla scorta di dati acquisiti dal Ministero dell'Interno, dalla Banca d'Italia, nonché di dati forniti da Unioncamere Lombardia ed Unioncamere Emilia-Romagna.

2.1.1 Il territorio di riferimento

L'IZSLER opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo al Ministero della Salute, alle Regioni stesse e alle aziende sanitarie le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. L'IZSLER si avvale di 17 sedi territoriali situate nelle Regioni Lombardia (Brescia, Bergamo, Mantova, Cremona, Sondrio, Binago (VA), Milano, Pavia e Lodi) ed Emilia-Romagna (Bologna, Piacenza, Parma, Reggio nell'Emilia, Modena, Forlì, Ravenna e Ferrara), che curano e gestiscono i contatti con le realtà territoriali, interessando un'area di circa 46.000 km^2, in cui risiedono oltre 14 milioni di abitanti. La sua sede legale è situata a Brescia.
I dati rappresentativi delle Regioni di competenza dell'IZSLER, aggiornati al 1.1.2021 (ISTAT), sono i seguenti:

Regione	Popolazione residente	Superficie km2	Densità abitanti	Numero Comuni	Numero Provincie
Lombardia	9.981.554	23.863,10	418	1.506	12
Emilia-Romagna	4.438.937	22.444, 54	198	330	9

La **Regione Lombardia** è la Regione più ricca e popolosa del Paese, nonché una delle aree più industrializzate dell'intero panorama europeo
La situazione economica della Regione, come emerso da un recente report della Banca d'Italia[1], è in forte ripresa in connessione con il graduale allentamento delle restrizioni alle attività e l'accelerazione della campagna vaccinale. Secondo le stime basate sull'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) della Banca d'Italia, in Lombardia il PIL sarebbe aumentato di circa il 7% nel primo semestre del 2021 rispetto al periodo corrispondente del 2020. Tale ripresa, tuttavia, non è stata ancora sufficiente per compensare i cali registrati in molti settori nel 2020 causati dall'emergenza sanitaria da COVID-19. La Lombardia è la prima Regione per valore della produzione agricola e per valore della trasformazione. Nel periodo gennaio-giugno del 2021 l'export dell'agroalimentare lombardo ha fatto registrare un +12,2% sullo stesso periodo sia del 2020 che del 2019.
Nell'industria la produzione è cresciuta in misura marcata nel primo semestre dell'anno (+ 20,1% secondo i dati di Unione Camere Lombardia) e tale tendenza sarebbe proseguita, secondo la Banca d'Italia anche nel terzo trimestre, consentendo alle imprese di recuperare in media i livelli pre-pandemici di fatturato. Tuttavia, le difficoltà di approvvigionamento di materie prime e prodotti intermedi e l'incremento dei loro costi stanno causando problemi all'attività industriale e contribuendo all'aumento dei prezzi alla produzione. L'attività è aumentata anche nei servizi privati non finanziari, pur non recuperando rispetto al primo semestre del 2019. Il miglioramento ha riguardato sia il commercio al dettaglio (+ 11,2% secondo i dati di Unione Camere Lombardia), in particolare quello specializzato non alimentare, sia gli altri servizi non specializzati (compresa la grande distribuzione) mentre risulta lievemente diminuito il fatturato degli esercizi di prodotti alimentari.
Per quanto riguarda l'occupazione, a fronte di una diminuzione iniziale nella media del primo semestre dell'anno (secondo i dati della "*Rilevazione sulle forze di lavoro*" dell'Istat, nella media del primo semestre del 2021 nel Nord Italia il numero degli occupati è diminuito dell'1,2% rispetto allo stesso periodo del 2020), le condizioni del mercato del lavoro sono migliorate a partire dalla primavera (+1,5% rispetto al trimestre precedente), registrando una crescita del numero degli occupati e una maggiore attivazione dei contratti di lavoro dipendente.
La **Regione Emilia-Romagna** rappresenta, nel panorama italiano, una delle più estese dal punto di vista territoriale, nonché più popolose. È una delle Regioni con il più alto livello di competitività imprenditoriale grazie ad un sistema economico e produttivo focalizzato sui mercati internazionali.
Nel corso del 2021 l'economia regionale risulta in netto miglioramento[2]. Tale ripresa ha interessato dapprima il settore industriale (+12% secondo i dati di Unione Camere Emilia Romagna) e successivamente anche quello dei servizi. La produzione delle imprese manifatturiere è stata sostenuta sia dalla domanda interna sia da quella estera, con il superamento dei valori pre-pandemia per l'export. Nel settore dei servizi, più colpito dalle misure restrittive per contenere la diffusione del COVID-19, l'attività è tornata a espandersi ma è rimasta inferiore ai livelli del 2019 in diversi comparti. Nel commercio al dettaglio le vendite sono aumentate (+5% del fatturato secondo i dati di Unione Camere Emilia Romagna), soprattutto per le vendite non alimentari.
Per quanto riguarda l'occupazione, diminuita nel primo trimestre del 2021, è risalita nel secondo trimestre, pur con valori più bassi rispetto al 2019.

Di seguito sono riportati alcuni dati significativi a rappresentare il patrimonio zootecnico e le

[1] Fonte Banca d'Italia, Rapporto Economie Regionali. "L'economia della Lombardia – Aggiornamento congiunturale, n.25" pubblicato il 19 novembre 2021.
[2] Fonte Banca d'Italia, Rapporto Economie Regionali. L'economia dell'Emilia Romagna – numero 30, novembre 2021.

aziende che operano nel territorio di competenza dell'Istituto, forniti al RPCT dai dirigenti responsabili degli Osservatori Epidemiologici Regionali dell'IZSLER.

CAPI LOMBARDIA	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bovini e bufalini	1.484.797	1.518.159	1.516.169	1.525.826	1.543.959	1.531.172
Ovini e caprini	211.995	212.271	203.411	207.115	209.308	213.211
Suini	4.013.925	4.305.658	4.359.837	4.330.874	4.407.955	4.465.501
Avicoli	26.415.486	24.849.301	22.831.120	21.919.235	21.180.545	74.729.346
Equidi	61.595	62.100	60.742	53.000	61.085	19.173

Fonte Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) per bovini e bufalini, ovini, caprini, suini e avicoli al 30.06.2021. BDR per equini al 21.12.2021.

CAPI EMILIA-ROMAGNA	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Bovini e Bufalini	563.409	569.811	568.745	570.643	572.512	573.853
Ovini e caprini	76.330	82.193	92.054	70.350	67.913	69.537
Suini	953.267	999.627	1.025.680	1.104.849	1.120567	1.088.401
Avicoli	21.975.973	21.647.118	23.586.575	22.839.239	22.614.834	24.099.195
Equidi	36.681	37.000	35.000	9.656**	15.046**	16.897**

** Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) al 30.06.2021*
***Dato da BDN equidi dopo aggiornamento 2021*

ALLEVAMENTI LOMBARDIA	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bovini e bufalini	18.995	18.581	17.713	16.517	15.446	15.321
Ovini e caprini	14.264	14.162	13.740	13.557	13.130	13.589
Suini	8.800	8.918	8.657	8.839	8.383	8.282
Avicoli	3.117	3.170	3.192	3.944	3.427	3.233
Equidi	19.034	19.121	19.444	14.649	20.605	21.571

Fonte Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) per bovini e bufalini, ovini, caprini, suini e avicoli al 30.06.2021
BDR per equini al 21.12.2021

ALLEVAMENTI EMILIA ROMAGNA	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Bovini e bufalini	6.816	6.465	7.211	6.697	6.471	6.399
Ovini e caprini	4.304	4.272	4.141	4.024	4.076	4.195
Suini	3.994	3.906	3.915	4.014	3.793	3.465
Avicoli	805	842	854	858	842	856
Equini	10.377	10.577	10.982	10.789	10.744	10.884

**Fonte Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN) al 30.06.2021*

MACELLAZIONI LOMBARDIA	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bovini e bufalini	640.087	615.659	632.281	623.000	610.434	508.221
Ovini e caprini	49.011	56.627	59.237	57.037	58.824	54.880
Suini	4.216.532	4.216.532	*	4.135.727	4.009.091	3.339.131
Avicoli	59.729.209	58.539.756	62.578.441	62.565.541	62.268.422	54.800.686
Equini	2.856	*	*	2.462	1.963	1.479

Fonte dati BDN per bovini e bufalini, ovini e caprini, suini, equidi - BDR – SIV per avicoli al 21.12.2021
**Dati non disponibili*

MACELLAZIONI EMILIA–ROMAGNA	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Bovini e bufalini	303.456	306.955	314.917	318.959	330.216	266.784
Ovini e caprini	18.201	18.349	22.574	21.502	22.592	19.137
Suini	3.794.818	4.016.267	3.898.368	3.943.824	3.892.196	3.248.603
Avicoli	109.707.102	104.322.319	120.967.624	119.324.232	109.544.338	102.325.521
Equidi	6.532	6.193	6.466	6.385	5.733	4.403

Fonte Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootecnica (BDN)
**Al 10/10/2021*

STABILIMENTI LOMBARDIA (Impianti di trasformazione alimenti)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Riconosciuti Reg. CE 853/04	2.684	2.605	4.305	4.331	4.440	4.375
Registrati	66.379	68.646	73.082	75.512	88.329	*

Fonte dati BDR – SIV al 21.12.2021
**Dati non disponibili*

STABILIMENTI EMILIA-ROMAGNA (Impianti di trasformazione alimenti) *	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Riconosciuti Reg. CE 853/04	2.840	2.872	2.854	3.161	3.154	**
Registrati	90.500	85.324	86.853	86.676	84.315	**

** Fonte dati SiSVet RER*
*** dati 2021 ancora non disponibili*

2.1.2 Contesto dell'illegalità nel territorio

La Regione Lombardia, considerata la maggiore piazza finanziaria nazionale, è caratterizzata da un florido tessuto produttivo che la rende – anche per la sua estensione, la collocazione geografica e la presenza di importanti scali aerei e vie di comunicazione, punto nevralgico per i maggiori traffici illeciti transnazionali.

La criminalità organizzata infatti è riuscita a penetrare, in maniera sempre più pervasiva, nell'economia legale e nella Pubblica Amministrazione. I reati di tipo corruttivo ed economico, infatti, sono diventati la cifra caratterizzante i sistemi delinquenziali più evoluti che operano

nella Regione. Come evidenziato dalla Direzione Investigativa Antimafia, inoltre, la crisi economica derivante dalla pandemia in corso, ha esponenzialmente aumentato il rischio di infiltrazioni mafiose soprattutto nei settori della ristorazione, della ricettività alberghiera, dell'edilizia, dei servizi funerari e cimiteriali, delle attività di pulizia e sanificazione, della produzione dei dispositivi di protezione individuale, nonché nel comparto dello smaltimento dei rifiuti specie quelli ospedalieri.
L'analisi delle operazioni di polizia effettuate nel corso del evidenzia una elevata infiltrazione mafiosa, soprattutto da parte della *'ndrangheta*, nel tessuto imprenditoriale lombardo, nonché nel settore degli appalti pubblici e nel rilascio delle autorizzazioni, licenze e concessioni pubbliche. Parimenti, anche le consorterie siciliane e campane, benché meno visibili, risultano stabilmente radicate nel territorio lombardo.
Attiva sul territorio è anche la criminalità straniera (in particolare di matrice nigeriana, cinese, balcanica, nordafricana), coinvolta soprattutto nel settore del traffico degli stupefacenti, della prostituzione e nei reati predatori, immigrazione clandestina e tratta di esseri umani finalizzata allo sfruttamento della prostituzione e della manodopera[3].
Un'ulteriore indicazione per l'analisi del contesto dell'illegalità nel territorio viene offerta dalla lettura dei dati pubblicati dall'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata, che riportano per la Lombardia 3.203 immobili confiscati e n.374 aziende confiscate.

Nella Regione Emilia-Romagna, l'elevata vocazione imprenditoriale del tessuto economico è uno dei fattori che attrae gli interessi della criminalità organizzata, sia autoctona che straniera, anche ai fini del riciclaggio e del reinvestimento in attività economiche dei profitti illeciti realizzati. Nel tempo, l'infiltrazione della criminalità organizzata sul territorio è connessa al controllo dei finanziamenti pubblici, al condizionamento degli appalti pubblici, al rilascio di concessioni, al controllo dei servizi di pubblica utilità, mirando all'annullamento della concorrenza. In tale contesto rimane peraltro alto il fenomeno degli atti intimidatori rivolti contro gli amministratori locali. Anche in Emilia Romagna, la Direzione Investigativa Antimafia, ha riscontrato la propensione tipica della criminalità organizzata a strumentalizzare a proprio vantaggio le gravi situazioni di crisi, in particolare quella derivante dall'emergenza COVID-19, diversificando i propri affari in nuovi ambiti dell'economia quale quello delle sanificazioni, nonché approfittando degli eventuali finanziamenti pubblici stanziati per fronteggiare le situazioni emergenziali.
In Emilia Romagna risultano ben radicata l''ndrangheta e la camorra, così come le principali mafie pugliesi. Altresì attive sono le organizzazioni di matrice straniera (soprattutto nigeriana, nordafricana e proveniente dall'est Europa), capaci di gestire il mercato del traffico degli stupefacenti, anche su scala transnazionale[4].
Infine, un dato estremamente significativo perviene dalla lettura dei dati pubblicati dall'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata. Tali dati indicano come, allo stato attuale, in Emilia-Romagna siano in corso le procedure per la gestione di 749 immobili confiscati, mentre altri 153 sono già stati destinati. Sono, altresì, in atto le procedure per la gestione di 105 ~~6~~ aziende, a fronte delle 43 già destinate[5].
Dal "6° *Rapporto sui crimini agroalimentari 2019*", elaborato da Coldiretti, Eurispes e Osservatorio sulla criminalità nell'agricoltura e sul sistema agroalimentare, si evince come il volume d'affari che ruota attorno alle agromafie è in costante crescita, per un businnes quantificabile in almeno 24,5 miliardi di euro.

[3] Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, per il periodo luglio- dicembre 2020.
4 Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, per il periodo luglio- dicembre 2020.
[5] Agenzia Nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata. Dati aggiornati al 30.12.2021

Emerge, inoltre, dal "*Rapporto Agromafie e Capolarato 2020*" (elaborato da Flai-CGIL) come capolarato e agromafie siano fenomeni pervasivi in tutto il settore agro-alimentare italiano, caratterizzando anche il territorio della Lombardia e dell'Emilia Romagna dove – insieme a Veneto, Lazio e Toscana – si segnano il maggior numero di procedimenti penali legati a tali reati.

2.1.3. Attività di contrasto sociale e amministrativo

Di seguito si riportano alcune misure ed iniziative di contrasto ai fenomeni di illegalità messe in atto dalle due Regioni di riferimento.

Per quanto riguarda la Regione Lombardia, con DPGR 2 ottobre 2019 n. 390, è stato costituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) di cui alla legge regionale 28 settembre 2018, n. 13, in sostituzione dell'Autorità Regionale Anticorruzione (ARAC), ridisegnando e rafforzando il sistema dei controlli. Tale organismo, costituito presso la Giunta regionale, ha importanti compiti in tema di vigilanza in materia di contratti pubblici, di verifica dei sistemi di controllo interno, nonché di supporto nell'attuazione e nell'aggiornamento dei piani di prevenzione della corruzione per la Giunta regionale e gli enti del sistema regionale.

Al fine di rafforzare il sistema di prevenzione della corruzione in Lombardia, ~~lo scorso~~ nel luglio 2020 è stato firmato dai Presidenti di ORAC e di ANAC un Protocollo di intesa biennale, con l'obiettivo di promuovere sinergie nel campo dei controlli, individuando best practices e, nel contempo, di migliorare la trasparenza amministrativa. Da ultimo, con D.G.R. XI/5536 del 16.11.2021, la Giunta Regionale della Lombardia ha approvato il Protocollo di intesa tra la Regione, ORAC e Fondazione Etica al fine di migliorare la trasparenza amministrativa, l'efficacia degli strumenti di prevenzione, contrasto e controllo della corruzione per la Giunta regionale e gli enti del SSR.

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

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

La l.r. n.33/2009 ha introdotto l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo, con funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi delle strutture di controllo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), di analisi dei dati e monitoraggio per migliorare la *governance* della salute pubblica regionale. La legge regionale 8 luglio 2020, n.15 ha attribuito all'Agenzia nuove funzioni di controllo in materia di prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo.

Con l'obiettivo di promuovere modelli di azione in materia di prevenzione dei reati e di promozione della legalità, si segnala, infine, l'accordo di collaborazione tra ANCI Lombardia e Regione Lombardia per la realizzazione del progetto "*Rafforzamento competenze per contrastare riciclaggio e corruzione nella PA*", approvato con DGR n. XI/2206 del 3 ottobre 2019. Tale progetto è finalizzato alla realizzazione di attività di formazione, di scambio di buone pratiche, di studio e ricerca atte a promuovere il rafforzamento delle competenze in materia di lotta alla corruzione e contrasto al riciclaggio nelle amministrazioni pubbliche.

Opera, inoltre, in Lombardia, l'Osservatorio regionale dei contratti pubblici, il quale rappresenta un importante strumento di conoscenza da cui poter attingere dati e informazioni per valutare qualità e modalità dell'operato dei vari enti che operano nel settore degli appalti pubblici.

La **Regione Emilia-Romagna** ha approvato la l.r. n.18/2016, rubricata "*Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia*

responsabili", con la finalità di contrastare i fenomeni d'infiltrazione e radicamento di tutte le forme di criminalità organizzata ed i fenomeni corruttivi e per rafforzare la cultura della legalità. Tale normativa regionale prevede che annualmente la Giunta predisponga un piano integrato delle azioni regionali poste in essere nel perseguimento degli obiettivi di legalità, con specifica indicazione delle risorse, finanziarie e organizzative, a tal fine destinate[6]. In applicazione di tale disposizione, con delibera n.1852 del 17.11.2017, la Giunta Regionale ha dato avvio alla "Rete per l'integrità e la trasparenza", quale sede di confronto volontario a cui possono partecipare gli RPCT del territorio regionale per condividere esperienze, best practices e attività formative nei settori a rischio corruzione.

Con la l.r. 1° giugno 2017, n.9 "*Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*", la Regione Emilia-Romagna ha introdotto ulteriori disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza[7].

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

Ulteriori misure di prevenzione sono state introdotte mediante la stipula di protocolli interistituzionali per la promozione della legalità. In particolare, il 9 marzo 2018 è stato siglato un Protocollo d'intesa per la prevenzione e la repressione dei tentativi di infiltrazione mafiosa

---

[6] Il primo piano integrato per l'anno 2017 è stato approvato con D.G.R. n. 711 del 31 maggio 2017.
Con deliberazione della Giunta Regionale 9 aprile 2018, n. 493 la Regione ha approvato il Piano Integrato per l'anno 2018. Con delibera della Giunta Regionale 22 novembre 2019 n. 2151, la Regione ha da ultimo approvato il Piano integrato delle azioni regionali per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile e la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e dei fenomeni corruttivi relativo al biennio 2020/2021.

[7] Ai sensi dell'art. 5 "*1. In coerenza con i principi e le finalità della legge regionale 28 ottobre 2016, n. 18 (…)e, nello specifico, con quanto disposto dall'articolo 15, le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale perseguono gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza, in particolare mediante: a) l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni della legge 6 novembre 2012, n. 190 (…) , al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo; b) la programmazione, nell'ambito dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione, di obbligatorie misure di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali, secondo criteri definiti in coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano nazionale anticorruzione; solo nei casi, adeguatamente motivati, in cui la rotazione non sia possibile, devono essere programmate misure alternative di prevenzione della corruzione con effetti analoghi; c) l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (…)e delle misure specifiche contenute all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità; d) l'emanazione, ai sensi dell'articolo 54 del D.lgs. n. 165 del 2001, del Codice di Comportamento dei dipendenti, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il Codice di Comportamento prevede il dovere da parte del personale di assicurare la pubblicizzazione, tramite apposita dichiarazione da rendersi annualmente in forma completa all'ente di appartenenza, di tutti i rapporti intercorsi, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale; detta dichiarazione specifica tutti gli eventuali emolumenti percepiti e i benefici goduti, sia direttamente che indirettamente. Il Codice di Comportamento deve contenere la previsione per cui l'eventuale violazione del dovere di rendere la predetta dichiarazione, nonché di fornire le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche, previsto dalla vigente normativa di legge per il personale titolare di incarico dirigenziale, è fonte di responsabilità disciplinare ed è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile, ai sensi dell'articolo 54, comma 3, del D.lgs. n. 165 del 2001. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, le disposizioni contenute nei due periodi precedenti integrano il contenuto dei codici di comportamento definiti dalle Aziende e dagli Enti del Servizio sanitario regionale. Le predette amministrazioni sono tenute ad esercitare il potere disciplinare in caso di mancato assolvimento, nel rispetto delle procedure definite dalle amministrazioni stesse, dei doveri prima richiamati*".

nel settore degli appalti e concessioni di lavori pubblici, servizi e forniture e nell'attività urbanistica ed edilizia. In proposito si segnala la nuova Legge urbanistica regionale n.14/2020 che contiene norme e obblighi specifici di contrasto dei fenomeni corruttivi e delle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'ambito delle operazioni urbanistiche.
Nel 2020 si è insediata, inoltre, la Consulta Regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile, costituita con delibera della Giunta Regionale n.435 del 4.5.2020, di cui fanno parte rappresentanti delle istituzioni locali e statali del mondo del lavoro, dei settori produttivi, della società civile ed esperti professionali, accademici e di volontariato. La Consulta opera quale organismo di supporto alla Giunta con funzioni conoscitive, propositive e consultive nelle politiche regionali finalizzate alla prevenzione del crimine organizzato e mafioso e della corruzione, nonché della promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile.
Nell'ambito delle nuove azioni regionali per il biennio 2022-2024 in tema di promozione della cultura della legalità e prevenzione del crimine organizzato, oltre all'implementazione dell'attività formativa e di monitoraggio, prevenzione e tutela per tutte le vittime di sfruttamento, la Regione è in procinto di adottare il Piano strategico per i beni confiscati alla criminalità, tramite il quale verranno finanziati numerosi interventi di risanamento e di recupero di immobili confiscati.
Continua, infine, sul territorio, l'attività dell'Osservatorio Regionale dei contratti pubblici di lavori, beni, servizi e forniture, il quale garantisce assistenza alle stazioni appaltanti al fine di garantire la qualità generale richiesta dalla normativa vigente nel settore degli appalti.

2.2 Analisi del contesto interno

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

2.2.1 Funzioni e competenze dell'IZSLER

L'IZSLER svolge compiti inerenti il settore della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e del benessere animale, nonché attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria. L'IZSLER opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo, in tal modo, al Ministero della Salute, alle Regioni stesse e alle aziende sanitarie le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.
In particolare, all'IZSLER sono affidate le seguenti funzioni istituzionali:

- erogazione del servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- supporto tecnico-scientifico ed operativo all'azione di farmaco-vigilanza veterinaria;
- sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, igiene delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti, anche mediante l'attivazione di centri epidemiologici;
- attuazione di iniziative statali o regionali, anche in collaborazione con le università, per la formazione, l'aggiornamento e la specializzazione di veterinari e di altri operatori;
- cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario anche esteri, previe intese con il Ministero della Salute;
- esecuzione degli accertamenti analitici necessari alle azioni di polizia veterinaria e all'attuazione dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione;
- esecuzione degli esami necessari all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale, nonché degli esami necessari all'attività di controllo sull'alimentazione animale;
- ricerca sperimentale sulla eziologia, patogenesi e profilassi delle malattie infettive diffusive degli animali;
- ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

- supporto tecnico-scientifico ed operativo per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali;
- ricerca di base e finalizzata per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, secondo programmi e mediante convenzioni con università e istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle Regioni ed altri enti pubblici;
- studio e sperimentazione di tecnologie e metodiche necessarie al controllo sulla salubrità degli alimenti e dell'alimentazione animale;
- formazione di personale specializzato nel campo della zooprofilassi e salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di Paesi esteri;
- elaborazione ed applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;
- consulenza ed assistenza agli allevatori per la bonifica zoosanitaria, per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali;
- produzione, commercializzazione e distribuzione di medicinali e prodotti necessari per la lotta alle malattie degli animali e per l'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria.

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

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

I settori di competenza istituzionale dell'IZSLER sono:

• **Sanità Animale**: l'IZSLER garantisce in questo settore un servizio diagnostico attivo negli ambiti di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, avicolo, cunicolo, ittico, apistico e della selvaggina allevata) e nelle specie di affezione (cani, gatti, rettili, animali selvatici, uccelli esotici, etc.). Le prestazioni non si limitano alle sole analisi di laboratorio ma comprendono anche interventi in allevamento.

• **Sicurezza Alimentare**: come previsto dalle programmazioni sanitarie regionali e dalla politica dell'Unione Europea, l'IZSLER svolge funzioni di supporto nell'ambito dei piani nazionali e regionali di controllo sugli alimenti nella filiera produttiva e di commercio. Tale attività è assicurata anche a supporto delle azioni dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'Arma dei Carabinieri e degli organi periferici del Ministero della Salute.

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

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

• **Ricerca:** tra i compiti istituzionali principali dell'IZSLER figura l'attività di Ricerca, come delineato nel quadro normativo relativo agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, di seguito sinteticamente descritto.
L'art. 3 della legge 23 giugno 1970, n.503, recante "*Ordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali*", specifica che gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali provvedono, tra l'altro "*alle ricerche sperimentali sulla eziologia ed epizoologia delle malattie trasmissibili degli animali e sui mezzi per prevenirne l'insorgenza e combatterne la diffusione*".
L'art.12-bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" include gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali tra gli enti che svolgono attività di ricerca corrente e finanziata dal Ministero della Salute, specificamente per le problematiche relative all'igiene e alla sanità pubblica veterinaria.
Con il d.lgs. 30 giugno 1993, n.270 "*Riordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e con il relativo regolamento attuativo adottato con decreto ministeriale 16 febbraio 1994, n.190, vengono attribuiti agli II.ZZSS, tra gli altri, i seguenti compiti:

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

Infine, il d.lgs. 28 giugno 2012 n. 106, recante "*Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della Salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183*", conferma i compiti già attribuiti agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, delineati poi nelle leggi regionali della Lombardia (24 luglio 2014, n.22) e dell'Emilia-Romagna (30 giugno 2014, n.9), e attribuisce al Direttore Generale il compito di direzione della ricerca scientifica negli II.ZZSS.
I principali programmi di ricerca finanziati dal Ministero della Salute, ai quali partecipa l'IZSLER sono:

- la Ricerca Corrente (è l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica);
- la Ricerca Finalizzata (è uno dei principali strumenti per il conseguimento degli obiettivi delle politiche del Servizio Sanitario Nazionale).

Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le Università e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.
L'Istituto partecipa, inoltre, a progetti di ricerca europei e ad altri programmi di ricerca diversi da quelli finanziati dal Ministero della Salute, a progetti finanziati dalle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna.
L'Istituto, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, può sviluppare anche attività di ricerca autofinanziate (progetti autofinanziati).
Infine, l'Istituto può svolgere progetti di ricerca commissionati da soggetti terzi privati, purché tale attività non interferisca con l'ordinario espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente, contribuisca ad ampliare le conoscenze nelle area di competenza anche mediante l'utilizzo dei risultati della ricerca a scopo interno e permetta di diffonderli alle autorità competenti qualora ciò sia obbligatorio o necessario per prevenire o controllare eventuali rischi per la salute umana o animale.
L'organizzazione complessiva della ricerca scientifica in IZSLER è attualmente così articolata:
• il Consiglio di Amministrazione, con compiti di indirizzo, coordinamento e verifica dell'attività istituzionale;
• il Direttore Generale, rappresentante legale che dirige le attività dell'IZSLER, compresa quella

scientifica;
• il Direttore Sanitario, al quale è affidato il compito di attuare il coordinamento funzionale dell'attività di ricerca, coadiuvato a tal fine dal Gruppo di Supporto alla ricerca. Al Direttore Sanitario è assegnata altresì la delega di funzioni del Direttore Generale relative alla "verifica delle linee di ricerca e dei criteri con i direttori di dipartimento e i dirigenti di struttura complessa" e "approvazione tecnico-scientifica dei progetti di ricerca".
• il "Gruppo di Supporto alla Ricerca" - costituito da un referente per ciascun Dipartimento Sanitario, da un referente delle strutture in staff alla Direzione Sanitaria e da un rappresentante dell'Ufficio Progetti di Ricerca - al quale è attribuito il compito di coadiuvare la Direzione Sanitaria relativamente, tra gli altri compiti, a:

a) individuazione di linee strategiche, opportunità di finanziamento e bandi di ricerca;
b) programmazione e organizzazione delle attività di ricerca;
c) categorizzazione di tipologie, ambiti e modalità di intervento;
d) identificazione di figure specialistiche da impiegare nelle attività di ricerca;
e) valutazione delle proposte progettuali e di sistemi di controllo dei progetti conclusi con indici di valutazione degli output e delle ricadute operative;
f) reclutamento, addestramento e formazione continua di personale dedicato a comprendere le dinamiche, criteri e modalità di istruttoria di progetti Europei;
g) valutazione dei risultati delle ricerche.

• il Comitato tecnico-scientifico (CTS), composto da 5 membri esterni all'IZSLER di comprovata esperienza e competenza, che affianca la Direzione Sanitaria nell'individuazione delle linee di ricerca e di strumenti e percorsi per lo svolgimento dell'attività di ricerca, così come definite nell'assetto organizzativo dell'Istituto. Nell'ambito della ricerca, il CTS formula inoltre proposte ed esprime pareri relativamente alla valutazione delle attività di ricerca e dell'impianto scientifico dell'IZSLER.

• Referee per la valutazione delle proposte progettuali, individuati annualmente dal Direttore Sanitario, su proposta del Gruppo di Supporto alla Ricerca, in numero adeguato rispetto alla numerosità delle proposte da valutare, hanno il compito di garantire un sistema di referaggio esterno per la valutazione dei progetti di ricerca corrente da presentare al Ministero della Salute;

• il Comitato Etico per la Sperimentazione Animale, con il compito di verificare che le attività sperimentali per le quali è previsto l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette, in ottemperanza alle normative
vigenti;

• l'Organismo Preposto al Benessere degli Animali (OPBA) che ha il compito di garantire il corretto utilizzo degli animali a fini scientifici ed educativi.

I progetti di ricerca sono attuati dai responsabili scientifici, ai quali è affidato il corretto svolgimento e gestione delle attività progettuali, la coerente ed efficiente utilizzazione delle risorse assegnate ed il conseguimento dei risultati previsti dal progetto di ricerca.

La gestione amministrativa della ricerca è affidata all'Unità Operativa Affari Generali e Legali, con compiti di consulenza e supporto amministrativo alla Direzione ed ai responsabili scientifici per la presentazione e gestione dei progetti di ricerca, gestione dei rapporti con gli enti finanziatori per la negoziazione e la stipula delle convenzioni di finanziamento con il Ministero della Salute ed altri enti finanziatori, gestione dei rapporti con gli enti partner della ricerca per la negoziazione e la stipula degli accordi di collaborazione relativi ai progetti di ricerca nazionali ed internazionali. All'Unità Operativa Affari Generali e Legali è affidata inoltre la gestione amministrativa delle procedure di brevettazione, nonché di tutela e valorizzazione dei risultati della ricerca.

All'Unità Operativa Gestione Servizi Contabili, competono invece le fasi relative alla gestione contabile e alla rendicontazione economica dei progetti di ricerca.
Collaborano, inoltre, con il compito di acquisire le risorse necessarie allo svolgimento dei progetti di ricerca, l'Unità Operativa Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze e l'Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite. Infine, la Formazione – Biblioteca provvede alla gestione delle attività formative e congressuali, alla gestione del patrimonio documentale, alla raccolta e pubblicazione lavori scientifici
Tra le altre attività svolte dall'IZSLER figura la **produzione, commercializzazione e distribuzione di prodotti per la lotta contro le malattie degli animali** (antigeni, *kit* diagnostici, etc.). Ai sensi della vigente normativa, le attività di produzione, commercializzazione e distribuzione di medicinali e prodotti, fatta eccezione per quelli non destinati all'immissione sul mercato, devono essere svolte in appositi reparti con impianti, attrezzature, personale a ciò dedicati e con gestione contabile separata[8]. Il Ministero della Salute può incaricare l'Istituto della preparazione e distribuzione di prodotti per la profilassi (sieri, vaccini, autovaccini, etc.).
L'Istituto ha da alcuni anni attivato una nuova struttura all'avanguardia per la conservazione e distribuzione di materiale biologico: la **Biobanca Veterinaria** (BVR). L'infrastruttura ha lo scopo di raccogliere tutte le risorse biologiche, sottoposte a controlli di identità e purezza, che sono conservate nei diversi laboratori.

Le attività tecnico-scientifiche e di supporto svolte in ambito internazionale a favore dell'Unione Europea (UE), dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) hanno determinato il riconoscimento ad IZSLER della presenza di laboratori di eccellenza: i Centri di referenza e Centri di collaborazione. Il responsabile di ogni Centro è un esperto riconosciuto a livello internazionale, in grado di fornire assistenza tecnico-scientifica e consulenza specialistica sulla sorveglianza e la profilassi della malattia o della tematica di interesse del Laboratorio.
L'Istituto è altresì sede di Centri di Referenza Nazionali (CdRN), intesi come strumenti operativi di elevata e provata competenza, individuati dal Ministero della Salute. In particolare, l'attività dei Centri di Referenza Nazionali può essere riassunta nello svolgimento delle seguenti funzioni:
1) Attività diagnostica di eccellenza;
2) Formazione e addestramento del personale scientifico, anche di altri enti nella specifica;
3) Produzione di materiali di riferimento per i laboratori nazionali;
4) Coordinamento delle attività di ricerca nel settore specifico;
5) Sviluppo di metodi e produzione di linee guida;
6) Risk assessement e supporto alla stesura di policy;
7) Networking con gli altri II.ZZ.SS.
L'IZSLER è inoltre sede di Centri di Riferimento Regionali per le due regioni di riferimento.
Nella tabella seguente vengono riepilogati i Centri di Referenza attivi in Istituto:

Centri di referenza o di collaborazione internazionali
1. Centro di Referenza FAO: Afta Epizootica e Malattia Vescicolare del suino (lettera di incarico 19.11.1015)
2. Laboratorio di Referenza OIE: Malattia Vescicolare del Suino (59 General Session 1991)
3. Laboratorio di Referenza OIE: Malattia Emorragica del Coniglio (59 General Session 1991)
4. Laboratorio di Referenza OIE: Influenza Suina (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
5. Laboratorio di Referenza OIE: Myxomatosi del Coniglio (80° General Session Paris 20-25 May 2012 resolution n. 20)
6. Laboratorio di Referenza OIE: Foot and mouth disease (81° General Session Paris 26-31 May 2013 resolution n. 32)

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

7. Collaborating Centre for Cell Cultures (81° General Session Paris 26-31 May 2013 resolution n. 32)
8. Centro di referenza Europeo per le piccole specie allevate a scopo zootecnico (EURCAW-small animal)

Centri di Referenza Nazionali
1. Centro di Referenza Nazionale per lo studio e la diagnosi dell'afta epizootica e delle malattie vescicolari (DM 2.11.1991)
2. Centro di Referenza Nazionale per la Leptospirosi (DM 4.10.1999)
3. Centro di Referenza Nazionale per la Clamidiosi (DM 4.10.1999)
4. Centro di Referenza Nazionale per la malattia di Aujeszky – Pseudorabbia (DM 8.5.2002)
5. Centro di Referenza Nazionale per il Benessere Animale(DM 13.02.2003)
6. Centro di Referenza Nazionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria(DM 27.08.2004)
7. Centro di Referenza Nazionale per i Metodi Alternativi, Benessere e Cura degli Animali da Laboratorio (DM 20.04.2011)
8. Centro di referenza nazionale per la tubercolosi da M. bovis (DM 4.10.1999)
9. Centri di referenza nazionale per la tularemia (DM 4.10.1999)
10. Centro di referenza nazionale per le Malattie Virali dei Lagomorfi (DM 8.5.2002)
11. Centro di referenza nazionale per la qualità del latte bovino (DM 8.5.2002)
12. Centro di referenza nazionale per la paratubercolosi (DM 13.02.2003)
13. Centro di referenza nazionale per i rischi emergenti in sicurezza alimentare (DM 18.1.2013)

Laboratori Nazionali di Riferimento
1. Laboratorio Nazionale di Riferimento per le tossine vegetali negli alimenti. (art. 100 reg. UE 625/2017)

Centri di Riferimento Regionali – Regione Lombardia
1. Laboratorio di riferimento Regionale per la determinazione rapida degli agenti batterici ad alta diffusione a potenziale impiego bioterroristico (Decreto DG Sanità 1044 del 12.02.13)
2. Centro di Referenza Regionale per la promozione e il coordinamento di metodi alternativi (Legge Regionale 02.03.15 n.4)

Centri di Riferimento Regionale
1. Centro di Referenza regionale per la conferma diagnostica di Botulino
2. Centro di Referenza Regionale Enternet per i patogeni enterici (nota DG sanità protocollo 2012/151207).

2.2.2 Il riordino istituzionale e la riorganizzazione interna

L'attuale assetto istituzionale dell'Istituto consegue al recepimento da parte di Regione Lombardia e di Regione Emilia-Romagna delle disposizioni contenute nel d.lgs. 28 giugno 2012, n.106, recante "*Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183*".

Il Capo II del succitato d.lgs. prevedendo il riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ha incaricato le Regioni di provvedere a riformare l'organizzazione e il funzionamento degli II.ZZ.SS. di riferimento, nel rispetto dei principi di snellimento e semplificazione dell'organizzazione e

della struttura amministrativa, nonché di razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento.
Le regioni Emilia-Romagna e Lombardia, mediante l'Intesa interregionale, ratificata con le leggi regionali rispettivamente 30 giugno 2014, n.9 e 24 luglio 2014, n.22, hanno provveduto a disciplinare l'organizzazione e il funzionamento dell'IZSLER.
Di seguito si riporta sinteticamente l'attuale assetto istituzionale dell'IZSLER, con le principali funzioni di ciascun organo[9]:

ORGANI		
Consiglio di Amministrazione	**Direttore Generale**	**Collegio dei Revisori dei Conti**
Svolge compiti di indirizzo in coerenza con gli obiettivi generali, le priorità e gli indirizzi delle programmazioni regionali, nonché compiti di coordinamento e verifica delle attività dell'Istituto. Definisce altresì gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. Dura in carica quattro anni ed i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.	Ha la rappresentanza legale dell'Istituto, ne dirige le attività, compresa quella scientifica, ed è responsabile della gestione complessiva dell'Istituto stesso. L'incarico di Direttore Generale ha durata quadriennale e può essere rinnovato una sola volta. Il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario nominati dal Direttore stesso.	Vigila sull'attività amministrativa e sull'osservanza delle leggi, verificando la regolare tenuta della contabilità. Dura in carica tre anni.
Con decreto del Presidente della Giunta della Regione Lombardia n.572 del 25.06.2020 è stato nominato il Consiglio di Amministrazione attualmente in carico e si è insediato in data 10 luglio 2020. Il Consiglio di Amministrazione dura in quattro anni. A seguito di dimissioni di un componente, con decreto del Presidente della Giunta di Regione Lombardia 717 del 10.3.2021 è stato nominato il nuovo consigliere del CDA.	Con deliberazione della Giunta di Regione Lombardia n.XI/2622 del 16 dicembre 2019 è stato nominato, con incarico di durata quadriennale e con decorrenza dell'incarico dal primo gennaio 2020 Direttore Generale dell'IZSLER il Dott. Pietro Frazzi.	Con provvedimento del Presidente della Regione Lombardia n.282 del 3 aprile 2019 è stato nominato l'attuale Collegio dei Revisori dei Conti. L'incarico ha durata triennale

L'attuale Direttore Generale, Dott. Piero Frazzi, con proprio decreto n.25 del 07.02.2020 incaricava Direttore Amministrativo il Dott. Giovanni Ziviani e con proprio decreto n.24 del 07.02.2020 Direttore Sanitario, il Dott. Giuseppe Diegoli. A seguito delle personali dimissioni del Dott. Diegoli il Direttore Generale, con proprio decreto n.243 del 30.07.2020 incaricava Direttore Sanitario, il Dott. Giuseppe Merialdi.
Così come disposto dal d.lgs. n.106/2012 e dalla richiamata Intesa interregionale, l'IZSLER, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.5 del 30 maggio 2016, ha provveduto all'adozione del nuovo Statuto, entrato in vigore in data 18 luglio 2016.
Il processo di revisione dell'ordinamento interno dell'Ente è, quindi, proseguito con la presentazione da parte dell'allora Direttore Generale della proposta di nuova organizzazione, approvata dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.10 del 24 ottobre 2016. L'atto di

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

riorganizzazione era accompagnato dall'approvazione dei regolamenti per la graduazione delle funzioni dirigenziali e dal regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali.
L'attuazione della riorganizzazione era caratterizzata da alcune criticità. Ha avuto inizio a fine anno 2017 con il conferimento dei primi tredici incarichi di direzione di struttura complessa ed è proseguita nel corso del biennio successivo, senza tuttavia concludersi.
Come previsto dalla richiamata delibera consiliare n. 10/2016 e conformemente all'art.17-bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 ss.mm.ii., il Consiglio di Amministrazione, con provvedimento assunto in data 11 settembre 2019, n.7, ha approvato la proposta di organizzazione su base dipartimentale dell'Istituto.
L'organizzazione dipartimentale, mediante l'individuazione dei Direttori dei Dipartimenti si è perfezionata con decreto del Direttore Generale 28 aprile 2020, n.91 con il conferimento degli incarichi di Direttore rispettivamente del Dipartimento Area Territoriale Lombardia, Dipartimento Area Territoriale Emilia Romagna, Dipartimento Tutela e Salute Animale, Dipartimento Sicurezza Alimentare e Dipartimento Amministrativo. Contestualmente il Direttore Generale considerato opportuno non procedere in prima applicazione alla designazione del Direttore del Dipartimento Servizi, per consentire una valutazione più approfondita rispetto alle ricadute organizzative del succitato Dipartimento "demandava ad un eventuale successivo provvedimento in merito al Dipartimento Servizi". Contestualmente venivano costituiti i Comitati di Dipartimento.
Il nuovo Consiglio di Amministrazione, insediatosi in data 10.07.2020, a partire dal mese di settembre 2020 avviava un nuovo processo di riorganizzazione dell'Ente al fine di dare completa ed esaustiva attuazione alle prescrizioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n.106 in ordine allo snellimento e alla semplificazione dell'organizzazione e della struttura amministrativa. La nuova organizzazione è stata approvata con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17 del 15.12.2020 e trasmessa alle giunte regionali della Lombardia e dell'Emilia Romagna per l'esercizio della funzione di controllo. Il provvedimento è divenuto esecutivo in data 16 febbraio 2021 per decorrenza dei termini ed è stato altresì oggetto di approvazione formale da parte di Regione Lombardia con DGR 3 marzo 2021, n.XI/4364. Come indicato nel provvedimento di approvazione della nuova organizzazione, si riportano di seguito le principali modifiche rispetto ai contenuti del precedente atto organizzativo di cui alla deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.10/2016 che rispetto al successivo provvedimento n.7/2019:

- Non attivazione del Dipartimento Servizi;
- Classificazione della Struttura Gestione Centralizzata delle richieste dell'utenza da struttura complessa a struttura semplice;
- Assegnazione della struttura Reparto Produzione e controllo materiale biologico al Dipartimento Tutela e salute animale;
- Istituzione in staff alla Direzione Generale della struttura Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione.

La nuova organizzazione è stata completata nel corso del 2021 con l'adozione del nuovo regolamento per la graduazione ed il conferimento degli incarichi dirigenziali, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n.8/2021.
All'interno dell'assetto istituzionale dell'Ente operano:

- il **Comitato Tecnico Scientifico** (C.T.S.): ai sensi del regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.9/2021, Il Comitato Tecnico Scientifico (di seguito CTS) supporta la Direzione Strategica dell'IZSLER nell'ambito delle attività di Ricerca nell'individuazione delle linee di ricerca e di strumenti e percorsi per svolgimento dell'attività di ricerca, così come definite nell'assetto organizzativo dell'Istituto. Formula inoltre proposte ed esprime pareri nei seguenti ambiti:
  a) valutazione delle attività di ricerca e dell'impianto scientifico dell'IZSLER;
  b) attività di formazione del personale specializzato dell'IZSLER anche presso Istituti e Laboratori nazionali e di Paesi esteri;

c) cooperazione tecnico-scientifica con istituti nel campo della ricerca, anche esteri;
d) iniziative e programmi per il miglioramento ed il potenziamento delle strutture scientifiche, tecniche ed operative dell'Istituto.

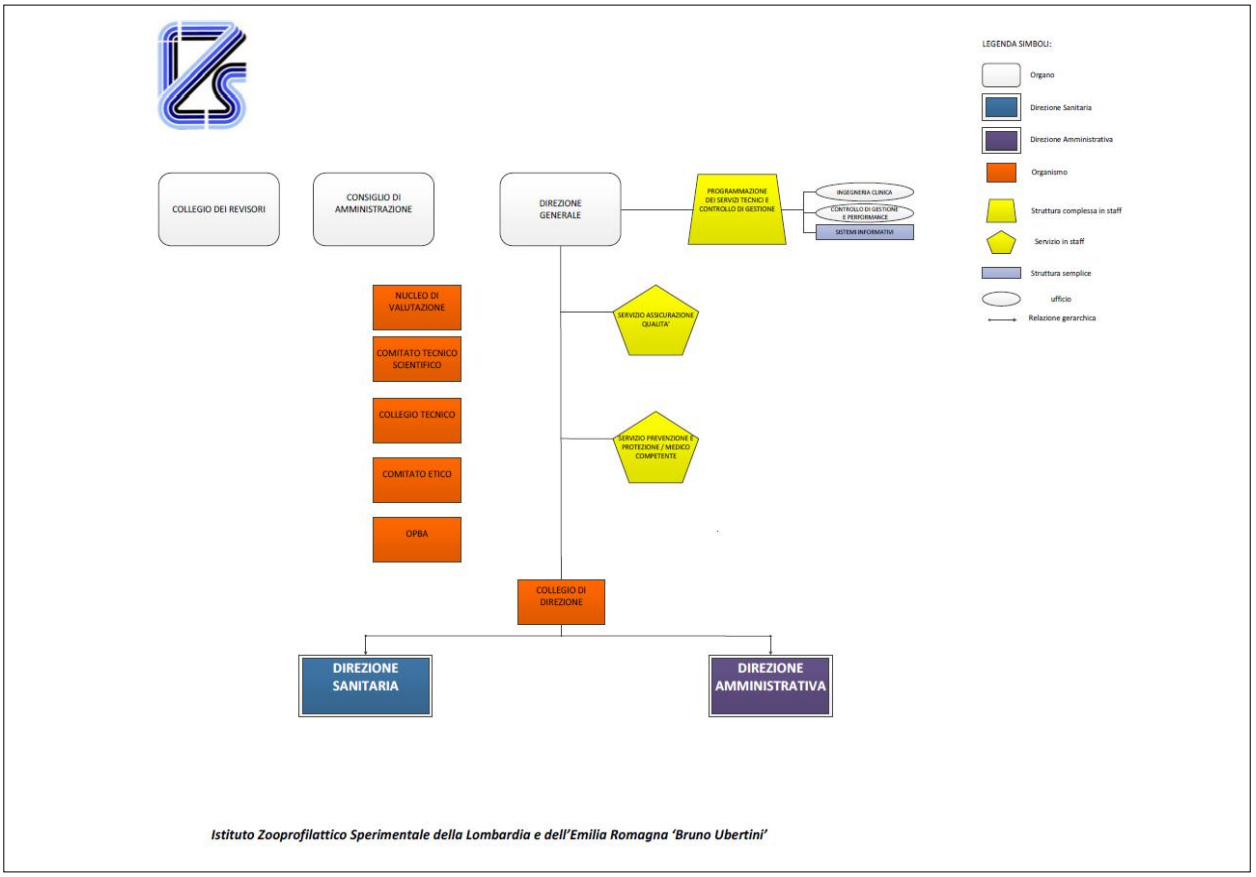
Si pronuncia, infine, su ogni altra questione inerente all'attività di ricerca che gli venga sottoposta dalla Direzione IZSLER o dal Consiglio di Amministrazione.

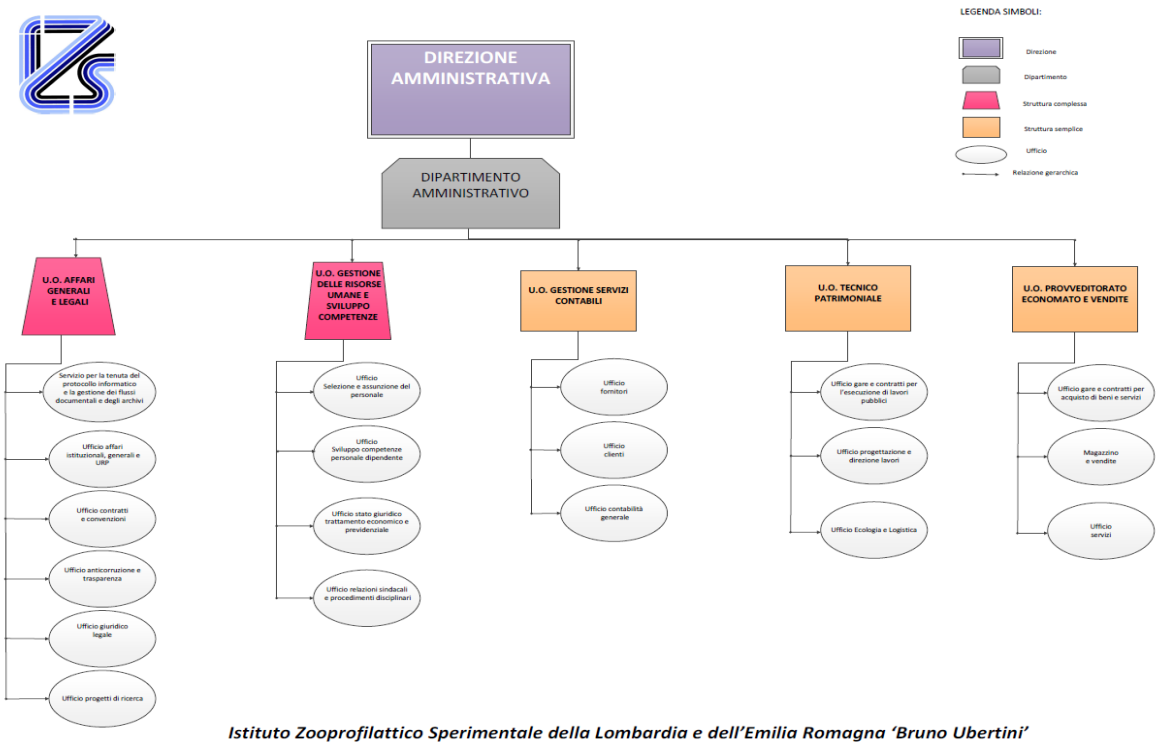
- il **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** (C.U.G.): ha assorbito le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del *mobbing* ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale. L'attività del C.U.G. è disciplinata da apposito regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n.3/2012;
- il **Comitato Etico per l'utilizzo degli animali a fini scientifici ed educativi**, verifica che le attività sperimentali per le quali è previsto l'impiego di animali siano eticamente e scientificamente corrette, in ottemperanza alle normative vigenti. Nello specifico il succitato comitato, il cui regolamento è stato da ultimo modificato con deliberazione del C.D.A. n. 10 del 13 settembre 2018, esprime parere in merito allo svolgimento di ogni attività di ricerca che preveda l'utilizzo di animali, a fini sperimentali o didattici;
- il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**: svolge un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione della *performance* di ciascuna struttura e dei dirigenti e nell'adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti in capo alle amministrazioni. Il Nucleo di Valutazione riveste un ruolo importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche offrendo, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. Con D.g.r. Regione Lombardia 29 giugno - n. XI/4942 "Attuazione dell'art. 18 bis «Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico» della legge regionale n. 33/2009 è precisato che i Nuclei di valutazione delle prestazioni concorrano a verificare, in raccordo con il RPCT della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza e al fine di garantire la massima efficacia dell'azione il nucleo di valutazione deve, almeno una volta all'anno, indire una riunione con il Collegio Sindacale per la verifica dell'applicazione degli istituti contrattuali correlati alla produttività collettiva e retribuzione di risultato, nonché per la verifica di alcuni processi soggetti a rischio di corruzione e che interessano entrambi gli organismi.
- il **Collegio Tecnico**: costituito ai sensi dell'art.26 del C.C.N.L quadriennio 2002-2005, si occupa della valutazione dei dirigenti aziendali. Il regolamento di funzionamento dello stesso è stato approvato con decreto del Direttore Generale n.269 del 2016;
- L'**Organismo preposto al benessere animale** (OPBA): l'OPBA, istituito in ottemperanza alle prescrizioni di cui al d.lgs. n.26/2004, ha l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo degli animali a fini scientifici ed educativi. In particolare, si occupa:
  - di esprimere pareri obbligatori e vincolanti per lo svolgimento delle attività previste dall'art.1 del d.lgs. n.26/2004;
  - di promuovere l'aggiornamento professionale del personale addetto all'utilizzo di animali;
  - di definire i processi operativi di verifica legata al benessere degli animali alloggiati o utilizzati;
  - di esprimere pareri motivati sui progetti che prevedono attività di sperimentazione animale e sulle eventuali successive modifiche, con comunicazione al Responsabile del progetto;
  - di inoltrare al Ministero della Salute le domande di autorizzazione dei progetti di sperimentazione animale di cui agli articoli 31 e 33 del d.lgs. n.26/2014;
  - di prestare consulenza in merito ai programmi di reinserimento degli animali;

• Il **Collegio di Direzione**: composto dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, e come riorganizzato con decreto del Direttore Generale n.161 del 23 giugno 2020, dai Direttori di Dipartimento, ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo n.502/1992. Il Collegio supporta la Direzione nelle decisioni strategiche, nell'ottimizzare e migliorare i rapporti di collaborazione. Il Collegio di Direzione concorre, in particolare:

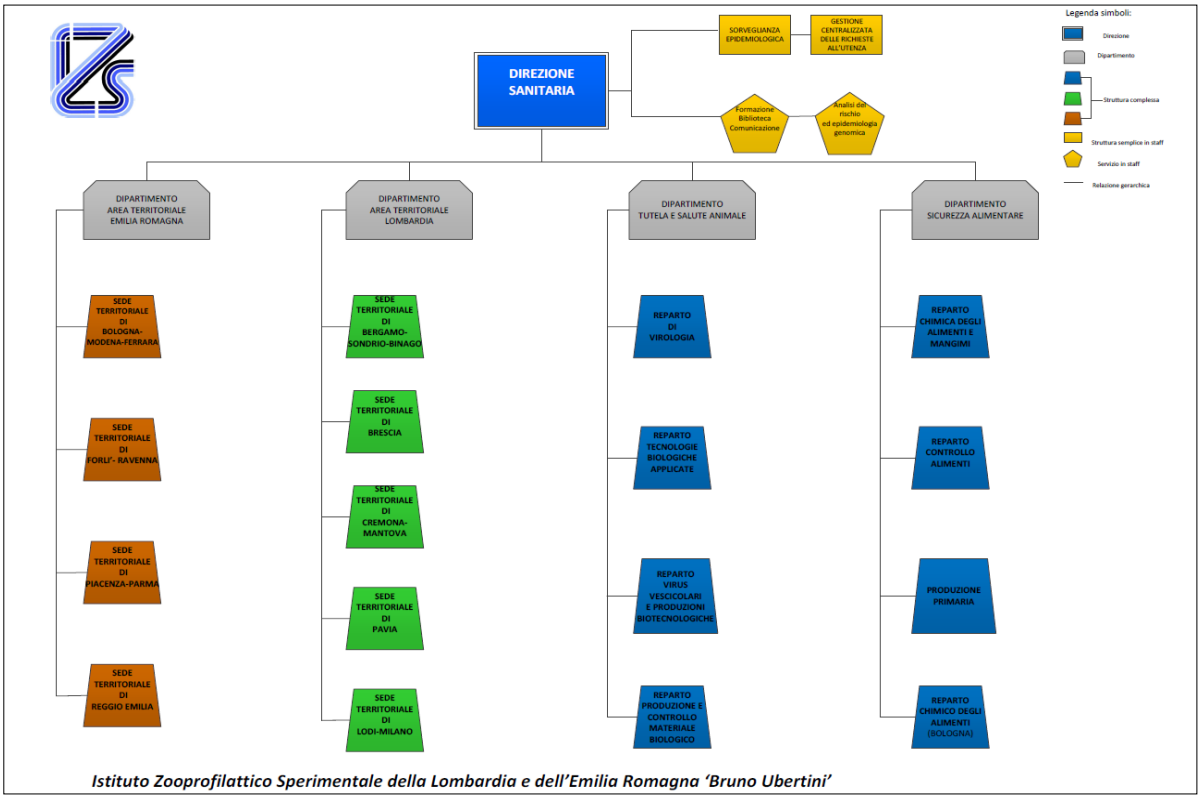
- a rendere più efficace, efficiente e trasparente l'attività dell'Istituto, attraverso la condivisione degli obiettivi e delle scelte di indirizzo strategico e la declinazione delle stesse nell'ambito della propria organizzazione;
- a garantire la massima diffusione a tutti i livelli organizzativi e gestionali delle decisioni assunte dalla Direzione Strategica (costituita dal Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo):
- a rappresentare, in ottica costruttiva, le istanze, le problematiche e le proposte provenienti dai diversi ambiti dell'Ente.

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





Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna 'Bruno Ubertini'



Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna 'Bruno Ubertini'

2.2.3 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, concernente il "*Riordino e il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle Amministrazioni Pubbliche a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59*". Con tale decreto il Legislatore ha ridisegnato il meccanismo dei controlli nel suo complesso, individuando quattro fondamentali tipologie di controllo interno.

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)".

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile, la cui disciplina trova fondamento nel d.lgs. 30 giugno 2011, n.123, *"Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della Legge 31 dicembre 2009, n.196*" rientra - sotto il profilo della natura giuridica - nell'ambito dei controlli di legittimità, in quanto ha come obiettivo quello di assicurare la rispondenza dell'azione amministrativa alla normativa vigente. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile viene esercitato dal **Collegio dei Revisori dei Conti**, il quale verifica la 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. Il Collegio dei Revisori ha, ai sensi della sopra citata disciplina, il compito di:

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

Oltre alle verifiche di natura meramente contabile, il Collegio dei Revisori, nel rispetto della Circolari della Ragioneria dello Stato n.20/2017 e n.35/2018, effettua controlli su una molteplicità di materie, quali:

- pubblicità, trasparenza e anticorruzione;
- sicurezza e salute sul lavoro;
- obblighi tributari;
- obblighi previdenziali e assicurativi;
- personale;

- affidamenti di forniture di beni e servizi e di lavori;
- riservatezza e trattamento dei dati;
- contenzioso;
- coperture assicurative.

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

- il **parere di regolarità contabile,** apposto dal 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,** apposto dal **dirigente proponente l'adozione di provvedimenti amministrativi**;
- il **parere tecnico** del **Direttore Sanitario,** sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale, ed il **parere di legittimità** del Direttore Amministrativo, sui provvedimenti adottati dal Direttore Generale e dal Consiglio di Amministrazione. Considerando come l'esercizio dell'azione amministrativa nel rispetto dei principi e delle norme di legge sia inevitabilmente già di per se' attività di prevenzione della corruzione, preventivamente all'adozione dei provvedimenti di competenza del Direttore Generale e del Consiglio di Amministrazione, il Direttore Amministrativo, secondo le modalità indicate dal regolamento interno concernente i provvedimenti amministrativi, provvede alla verifica della documentazione istruttoria, della completezza e della correttezza dei richiami testuali.

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

Rientra nell'ambito dei controlli successivi - ancorché non propriamente interni - la vigilanza sugli organi e sull'attività dell'Istituto esercitata di concerto fra le Giunte regionali della Lombardia e dell'Emilia-Romagna. Sono soggetti a controllo, secondo disposizione dell'intesa interregionale - propedeutico all'acquisizione di efficacia -i provvedimenti con cui sono approvati:

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

Il **Servizio Assicurazione Qualità** si occupa di definire i processi aziendali e di certificarne la qualità. In particolare, per quanto rilevante in questa sede, coadiuva il Direttore Sanitario nello svolgimento degli *audit* sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio di corruzione delle strutture sanitarie. Il controllo sulla qualità dei processi aziendali rappresenta un passo centrale nella definizione di una politica di prevenzione della corruzione.

A garanzia della conformità ai requisiti imposti dalla norma di accreditamento, la Direzione Generale dell'IZSLER utilizza lo strumento di *auditing* interno, il quale si concreta sotto la guida del Servizio Assicurazione Qualità attraverso un piano di *audit*, ove sono individuati i Reparti-Sedi campionati, il periodo e i componenti del Gruppo ispettivo incaricato. Il piano, che viene approvato annualmente dalla Direzione Generale, prevede il campionamento di tutte le strutture e la rotazione degli ispettori, onde assicurare la copertura dei diversi settori tecnici, diversificandone l'approccio.

Alla luce delle disposizioni che regolamentano il sistema della qualità in particolare delle

novità introdotte con la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018 il Servizio Assicurazione Qualità è direttamente coinvolto nella gestione delle verifiche circa l'attuazione del PTPCT dell'Istituto e delle misure di imparzialità adottate. Ciò anche allo scopo di evitare duplicazioni nei controlli ai fini anche della verifica della corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione.
Al **Controllo di Gestione** compete la verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione. Esso si riferisce all'attività di ciascuna articolazione aziendale, al fine di valutarne la produttività, segnatamente con riguardo al profilo dell'economicità, ossia del corretto utilizzo dei mezzi rispetto ai fini. Le attività del controllo di gestione "[…] *sono svolte da strutture e soggetti che rispondono ai dirigenti posti al vertice dell'unità organizzativa interessata* […]".
Tale tipologia di controllo opera in coordinamento con le altre tipologie di controllo (valutazione della dirigenza e controllo strategico) e supporta la funzione dirigenziale.
I **Sistemi Informativi** si occupano di definire le metodologie dei processi informatici a supporto delle attività aziendali, attraverso l'implementazione degli strumenti informatici in uso, assicurando in tal modo l'integrità dei dati e della produzione documentale.
Sebbene l'attività del RPCT non possa mai avere come finalità l'accertamento di responsabilità, né lo svolgimento di controlli di legittimità, di regolarità amministrativa e/o contabile, un adeguato sistema di controlli interni risulta indispensabile anche ai fini della prevenzione della corruzione. Per tale ragione è necessario avviare in Istituto un percorso di integrazione e coordinamento delle diverse funzioni di controllo, anche attraverso l'implementazione della informatizzazione di processi e attività. Nell'arco del prossimo triennio è fondamentale garantire l'integrazione di dette funzioni di controllo (e dei relativi strumenti informatici) attraverso il coordinamento delle attività del Servizio Assicurazione Qualità, del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi. Per semplificare l'attività di *auditing*, rendere più accessibili i relativi esiti ed intervenire efficacemente e tempestivamente laddove emergano criticità e disfunzioni, è necessario che il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, con il supporto del SAQ e dei Sistemi Informativi, definiscano ed adottino sistemi di *reporting* chiari e fruibili, utilizzabili anche per la verifica della corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione. Si rende indispensabile colmare il gap ancora presente rappresentato dall'assenza di un sistema informatico in grado di gestire l'intero processo di mappatura, di identificazione e valutazione dei rischi, di individuazione delle misure e della successiva rendicontazione.

Ulteriore forma di controllo esterno è rappresentata dall'attività di monitoraggio che Regione Emilia Romagna svolge sui contenuti e il funzionamento del PTPCT dell'Istituto. Annualmente viene trasmessa all'Istituto una check list di verifica, completata dal RPCT e trasmessa alla struttura regionale di controllo, a partire dalla quale viene effettuata la verifica. Per l'anno 2021 i contenuti sono stati ritenuti conformi, senza alcun rilievo.

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

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

L'internal auditing

La necessità di attivare un sistema di audit gestionale interno che coinvolgesse e comprendesse anche la verifica ai fini di un soddisfacente livello di realizzazione delle misure anticorruzione era stata più volte segnalata nei precedenti PTPCT dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

La 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.

Un sistema di controlli così strutturato è funzionale per il sistema di prevenzione della corruzione. La stessa Autorità Nazione Anticorruzione ha precisato che il sistema dei controlli deve trovare una soluzione sinergica di integrazione al fine di evitare ripetizioni di attività per conseguire gli obiettivi organizzativi in un'ottica di aderenza alle regole e di miglioramento della gestione. L'organizzazione del sistema dei controlli interni presuppone una preliminare verifica e bilanciamento tra gli obiettivi programmati al fine di evitare duplicazioni e sprechi di risorse.

Il sistema dei controlli dovrebbe integrarsi in uno strutturato sistema di Risk Management finalizzato da un lato a prevenire la realizzazione del rischio e il concretizzarsi dell'errore, e dall'altro a valutare le dinamiche organizzative e l'evoluzione tecnologica necessaria ad evitare l'opportunità di errore e di nuovi rischi, formulando contromisure adeguate.

Già nel settembre 2020 il Dipartimento amministrativo formalizzava un programma triennale di audit delle strutture amministrative, declinato in piani annuali di intervento e avviava già le verifiche previste per la prima annualità (anno 2020).

L'aggiornamento annuale del medesimo programma permette di adeguare i contenuti della programmazione delle verifiche alle mutate esigenze, al verificarsi di rischi emergenti, alle eventuali richieste regionali e ministeriali, agli esiti delle precedenti verifiche.

I principali obiettivi a cui l'attività di audit tende possono essere come di seguito riassunti:

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

Gli interventi di audit si articolano nelle fasi: 1. programmazione operativa: definizione degli obiettivi di audit e dell'ambito di copertura dello stesso, approvazione del calendario degli interventi; 2. lavoro sul campo: riunione di apertura, acquisizione delle evidenze necessarie per pervenire a conclusioni fondate relativamente all'efficacia dei controlli di processo (interviste, questionari a risposta aperta/chiusa etc); 3. reporting e comunicazione dei risultati: stesura rapporto audit finale condiviso, rilascio verbale definitivo, riunione di

chiusura; 4. eventuale follow-up: processo di monitoraggio e verifica dell'esecuzione delle azioni correttive eventualmente indicate ad esito della verifica.

Alla luce delle evidenze delle verifiche svolte presso le strutture nel corso del 2021 è stata ritenuta necessaria una ulteriore verifica nei confronti delle strutture afferenti il Dipartimento amministrativo già auditate nel 2020. Pertanto tutte le strutture del Dipartimento Amministrativo sono state verificate nel 2021. Costituiti i gruppi di verifica – coordinati dal Direttore Amministrativo e composti dal RPCT, dal Controllo di Gestione, dalla struttura della qualità e da dipendenti di strutture differenti rispetto a quelle oggetto di verifica – nell'ultimo trimestre del 2021, sulla base di check list predisposte dal team di verifica, le strutture sono state sottoposte a controllo.
Le evidenze delle verifiche sono state formalizzate in verbali da parte dei team di verifica sulla base delle quali il Direttore del Dipartimento amministrativo, ha individuato azioni di miglioramento in capo alle strutture interessate.

Per la terza annualità del Piano, che per il Dipartimento Amministrativo coincide con l'anno 2022, tutte le strutture del Dipartimento saranno coinvolte in nuovo programma di audit definito a partire dagli esiti delle precedenti verifiche e dall'esame dell'efficacia degli interventi e delle azioni correttive poste in essere. Rispetto al piano annuale 2021, alla luce della realizzazione del nuovo assetto organizzativo dell'Istituto, la struttura semplice Sistemi Informativi non è stata verificata in quanto non più afferente al Dipartimento Amministrativo. Si è tuttavia provveduto a trasmettere al dirigente della struttura complessa cui ora afferiscono i Sistemi Informativi la check list di verifica che era stata predisposta.

Anche per l'area sanitaria, nell'ultimo trimestre dell'anno 2020 erano stai svolti, in via sperimentale, n.4 audit gestionali presso altrettante strutture. Prevista tra le misure del PTPCT 2021-2023 è stato definito uno strutturato programma di audit gestionale anche per l'area sanitaria. Il programma per il triennio 2021-2023 è declinato annualmente le verifiche sono condotte sulla base di check list di verifica. Per quanto riguarda le verifiche mirate delle misure del PTPCT riferite all'anonimato dei campioni nell'ambito delle attività di analisi, a tutela dell'imparzialità, nonché alla separazione delle funzioni del personale nelle fasi di gestione delle fasi di attività pre-analitica ed analitica, gli audit gestionali sanitari sono integrati alle verifiche interne svolte nell'ambito del sistema della qualità. Per tale regione il programma prevede che, a meno di particolari impedimenti, le verifiche oggetto di audit gestione e della qualità si svolgano contestualmente per la migliore efficacia ed efficienza del processo. Gli audit gestionali sono condotti dal Direttore Sanitario o da altri ruoli dallo stesso individuati con competenze gestionali e gli esiti finali delle verifiche sono formalizzati. Nell'anno 2021 sono state campionate per l'Audit gestionale, tenendo conto della rappresentatività per attività e Dipartimenti territoriali le strutture complesse Sede territoriale Lodi-Milano, Sede territoriale di Brescia, Sede territoriale di Forlì, Sede territoriale di Piacenza, Reparto Controllo Alimenti e Reparto Virologia della Sede centrale.

2.2.4 Il sistema di monitoraggio sull'attuazione del PTPCT

Anche per il 2021 il RPCT ha effettuato l'attività di monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione attraverso il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, per i settori di rispettiva competenza. Il monitoraggio è articolato su un doppio livello. Periodicamente (almeno due volte l'anno) ogni responsabile di struttura trasmette un'apposita rendicontazione sull'applicazione nel proprio reparto/U.O. del PTPCT e delle misure in esso programmate. Gli esiti di tali verifich*e* costituiscono contenuto necessario della relazione annuale del RPCT. Gli esiti dei controlli effettuati dei due Direttori costituiscono elementi di rilievo per la predisposizione del PTPCT relativo al triennio successivo. Le verifiche sulla corretta applicazione delle misure anticorruttive previste dal piano 2022-2024 saranno svolte altresì in sede di audit

gestionale, implementando gli ambiti di verifica ivi previsti.

2.2.5 Personale

Si riportano di seguito i dati più significativi relativi al personale dell'IZSLER, al 31 dicembre 2021:

PERSONALE DEL COMPARTO E DIRIGENZA IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO	**618**
AMMINISTRATIVO Comparto	**88**
CATEGORIA BS – (COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR)	1
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	63
CATEGORIA D - (COLLAB.AMM. PROF.)	16
CATEGORIA Ds - (COLLAB.AMM/VO PROF.SENIOR.)	8
AMMINISTRATIVO Dirigenza	**6**
AMMINISTRATIVI	6
PROFESSIONALE Dirigenza	**1**
INGEGNERI	1
SANITARIO Comparto	**125**
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. – TECNICO SAN. LAB. BIOMEDICO	107
CATEGORIA Ds - (Profess.Tecnico Sanit.)	18
SANITARIO Dirigenza Medico Veterinaria	**76**
VETERINARI	76
SANITARIO Dirigenza non Medica	**29**
BIOLOGI	21
CHIMICI	8
TECNICO Comparto	**291**
CATEGORIA A - (AUSILIARIO SPECIALIZZATO)	2
CATEGORIA B - (OPERATORE TECNICO)	31
CATEGORIA Bs - (OPERATORE TECN.SPECIAL.)	44
CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	170
CATEGORIA D - (COLLAB.TECN.PROF.)	42
CATEGORIA D LIV. SUPER	2
TECNICO Dirigenza	**2**
ANALISTA	2

PERSONALE DEL COMPARTO E DIRIGENZA IN SERVIZIO A TEMPO	**52**
AMMINISTRATIVO Comparto	**3**
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	3
AMMINISTRATIVO Dirigenza	**1**
AMMINISTRATIVI	1
SANITARIO Dirigenza Medica	**3**
VETERINARI	3
SANITARIO Dirigenza non Medica	**5**
BIOLOGI	5
TECNICO Comparto	**33**

CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	14
CATEGORIA D - (COLLAB.TECN.PROF.)	18
CATEGORIA Ds –(COLLAB.TECN.PROF.SENIOR)	1
PERSONALE DELL'AREA RICERCA – PIRAMIDE	**7**
RICERCATORE SANITARIO – Ds	5
COLLABORATORE PROFESSIONALE DI RICERCA SANITARIA –D	2

PERSONALE NON DIPENDENTE	**66**
BORSISTI	63
TIROCINANTI EXTRA ISTITUZIONALI	3

La riorganizzazione dipartimentale, con l'individuazione di ruoli di coordinamento nella gestione delle risorse, ha senz'altro contribuito ad una migliore allocazione delle risorse medesime. In tale ottica nel corso del 2021 l'Istituto ha provveduto alla riqualificazione del personale ed al reclutamento di numerose risorse.
Alla luce della nuova organizzazione ed in coerenza con le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti, nel corso del 2021 è stato adottato il nuovo Regolamento interno per il conferimento degli incarichi dirigenziali.

Procedimenti disciplinari attivati nel corso dell'anno 2021
Nel corso dell'anno 2021 non è stato attivato alcun procedimento disciplinare.

2.2.6 Situazione economica e patrimoniale dell'ente
L'IZSLER presenta una situazione solida sia dal punto di vista patrimoniale che reddituale.
Il bilancio di esercizio 2020 riporta un patrimonio netto di 202.361.746 euro e un fondo di dotazione di 103.288.292 euro. Inoltre l'Ente gode di un'ottima liquidità di cassa, che consente il regolare rispetto delle scadenze. Il tempo medio di pagamento delle fatture ai fornitori per l'anno 2020 è stato di 48 giorni, mentre per i primi nove mesi del 2021, nonostante l'emergenza COVID-19**,** è di 47 giorni. Anche la situazione reddituale risulta positiva. Il bilancio di esercizio 2020 si è chiuso con utile di 8.674.779 euro.
L'importo dell'assegnazione annua dallo Stato ammonta a 57.049.210 euro ed è invariato dal 2014, mentre l'attività a pagamento ha registrato un incremento ~~sia~~ verso altri enti pubblici e una diminuzione verso soggetti privati. Dai dati dell'attività a pagamento si evidenzia l'impatto avuto dall'emergenza COVID-19 sulle attività ordinarie, ove l'Istituto ha concentrato la propria attività per l'analisi dei tamponi molecolari.

3 Struttura di riferimento

3.1 Gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione
Come ricordato da ANAC l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione necessita della crescente diffusione di una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio nonché della realizzazione di una maggiore responsabilizzazione ad ogni livello dell'organizzazione aziendale. Per tale ragione, risulta imprescindibile un forte coinvolgimento dell'intera organizzazione in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.
Di seguito vengono, quindi, elencati gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione individuati in IZSLER, con la descrizione dei rispettivi compiti nonché delle

reciproche relazioni.
Pur rimanendo il RPCT il punto di riferimento principale e la figura di coordinamento dell'intero sistema preventivo, il d.lgs. n.97/2016 e le successive previsioni ANAC hanno accresciuto, in tale ambito, le funzioni riconosciute all'Organismo Indipendente di Valutazione (in IZSLER il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), all'organo di indirizzo politico, ai titolari di incarichi amministrativi di vertice, ai responsabili degli uffici, nonché a tutti i dipendenti.
In particolare, come ribadito anche nel PNA 2019, tutti i Dirigenti Responsabili di Struttura hanno il dovere di collaborare attivamente e proficuamente con il RPCT sia in fase di elaborazione del PTPCT, sia in sede di mappatura dei processi (d.lgs. n.165/2001 art.16 comma 1). Sono i dirigenti, infatti, che – quali titolari del rischio – governano l'intero processo di gestione del rischio per le aree di rispettiva competenza, effettuando la mappatura completa dei processi, l'individuazione, la ponderazione e la valutazione del rischio corruzione e individuando le misure di prevenzione e garantendo la loro corretta applicazione e rendicontazione. In tale contesto spetta altresì ai dirigenti - d'intesa con il RPCT - assicurare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività ad alto rischio corruttivo.
La vigente normativa attribuisce un ruolo importante anche ai soggetti esterni sia nella fase antecedente l'adozione del Piano, con le osservazioni degli *stakeholder* alla proposta del Piano in consultazione, sia nella fase esecutiva, in quanto i collaboratori a qualsiasi titolo della pubblica amministrazione sono tenuti ad osservare le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento e possono segnalare eventuali illeciti al RPCT.
Alla luce del delineato quadro normativo di riferimento, il RPCT ha avviato un processo di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati dal sistema di prevenzione della corruzione. Tale processo ha preso le mosse dall'attività di formazione e sensibilizzazione sulle tematiche di etica, legalità e trasparenza amministrativa.

3.2 Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale

Nella definizione del sistema di gestione del rischio corruttivo, secondo quanto indicato nel PNA 2019, l'organo di indirizzo politico assume un ruolo pro-attivo, partecipando effettivamente all'elaborazione delle strategie di gestione del rischio corruttivo, nonché condividendone le misure nella fase della loro individuazione.
Il Consiglio di Amministrazione, avuto riguardo all'assetto organizzativo dell'Ente, in base alla vigente normativa statale e regionale, nonché ai PNA, e tenuto conto di quanto previsto dallo Statuto dell'IZSLER:
a) nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare allo stesso funzioni e poteri idonei per lo svolgimento del suo incarico con piena autonomia ed effettività;
b) definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario e imprescindibile del PTPCT;
c) adotta il Codice di Comportamento;
d) adotta il PTPCT (e i suoi aggiornamenti annuali), su proposta del RPCT, entro il 31 gennaio di ogni anno e ne dà contezza all'ANAC, tramite la pubblicazione del Piano nella sezione "*Amministrazione Trasparente*";
e) riceve la relazione annuale del RPCT che dà conto delle attività svolte, può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate in merito all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
f) detta indirizzi applicativi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
Giova inoltre ricordare che, con riferimento al processo di formazione del PTPCT, l'Autorità suggerisce e raccomanda a tutte le Pubbliche Amministrazioni di prevedere meccanismi atti a permettere la più ampia condivisione delle misure in esso previste da parte dell'Organo di

Indirizzo politico, disponendo – a titolo esemplificativo – un doppio esame del PTPCT sia nella sua versione preliminare sia in fase di approvazione definitiva dei suoi contenuti. In attuazione di tali indicazioni, il PTPTC 2022-2024 è adottato a seguito dell'avvenuto doppio passaggio in CDA, prima nella sua versione preliminare e solo successivamente per l'adozione definitiva.
Anche il Direttore Generale, organo di gestione dell'IZSLER, riveste dunque un ruolo prioritario e fondamentale ai fini della prevenzione della corruzione.

3.3 Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (di seguito anche "*NVP*") dell'IZSLER è stato istituito con deliberazione del Direttore Generale n.122 adottata in data 8 marzo 2012. Con delibera del Consiglio di Amministrazione n.5 del 28 giugno 2019, a seguito dell'espletamento di apposita procedura compartiva, sono stati nominati i nuovi componenti. Con successiva delibera del Consiglio di Amministrazione n.13 del 16.9.2020, a fronte delle dimissioni intervenute in corso d'anno, è stato nominato un nuovo componente del Nucleo.
Il NVP è un organismo composto da un collegio di tre esperti esterni, di comprovata esperienza negli ambiti del *management*, della pianificazione e valutazione delle *performance*, nonché della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il Nucleo opera con funzioni analoghe a quelle previste per gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), svolgendo un ruolo fondamentale nel sistema di gestione della *performance*.
In esecuzione delle modifiche che il d.lgs. n.97/2016 ha apportato alla legge n.190/2012, risultano decisamente rafforzate le funzioni del NVP dell'IZSLER in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.
Nello specifico, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni valida la relazione sulle *performance* di cui all'art. 10 del d.lgs. n.150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati ed alle risorse a disposizione; propone all'organo deputato la valutazione dei dirigenti; promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza di cui all'art. 14, comma 4, lett. g) del d.lgs. n.150/2009.
In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. n.33/2013, il NVP verifica che gli obiettivi stabiliti nel Piano della *performance* siano coerenti con il PTPCT e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. Il Piano triennale ed il Piano della *performance*, infatti, sono strettamente connessi, visto che le attività svolte per l'attuazione del primo rientrano tra gli obiettivi esplicitati nel secondo. In rapporto a tali obiettivi, il Nucleo verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta, che il RPCT predispone annualmente e trasmette allo stesso Nucleo, oltre che al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n.190/2012.
L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è inoltre svolta con il coinvolgimento diretto del Nucleo, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 del d.lgs. n.33/2013). In ordine alle più specifiche funzioni poste in capo al NVP in materia di trasparenza, si rimanda alla parte V, par.13 del presente Piano.
In ottica di maggior coinvolgimento, i componenti del NVP ricevono dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione del PTPCT (art. 1, comma 7, l. n.190/2012).
Il Nucleo, infine, esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'IZSLER (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001) e partecipa attivamente alla procedura prevista per la sua adozione.

3.4 Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza

La Dott.ssa Maria Zecchi, dirigente amministrativo in servizio presso l'U.O. Affari Generali e Legali a decorrere dall'1.12.2020, in data 22.07.2020 ha assunto le funzioni di RPCT

dell'IZSLER a seguito di nomina da parte del Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.8 del 22.07.2020[10].
L'ANAC, da ultimo con il PNA 2019, ha ribadito il ruolo centrale del RPCT per l'attuazione e per il coordinamento 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. A tal fine, risulta essenziale che il RPCT sia messo nelle condizioni di poter espletare le proprie attività con autonomia e indipendenza, anche in considerazione del carattere aggiuntivo di tale incarico rispetto ad altri ricoperti.
Il PNA 2019, dopo aver precisato che compito principale del RPCT è la predisposizione di un efficace sistema di prevenzione della corruzione e la verifica della tenuta complessiva di tale sistema, ribadisce che i conseguenti poteri di vigilanza e controllo attribuitigli non possono che considerarsi strumentali alla realizzazione di tale obiettivo.
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. In tali ultimi casi, nel rispetto del principio generale di collaborazione tra uffici interni (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, organo di indirizzo politico, Ufficio Procedimenti Disciplinari, etc.) ed esterni all'amministrazione (Corte di Conti, Procura della Repubblica, Ufficiali di P.G., etc.) e ferma la non sovrapponibilità dei ruoli che la legge attribuisce ad ognuno di questi, il RPCT dovrà rivolgersi agli organi competenti in base alle specifiche spettanze. Detto altrimenti, al RPCT non viene attribuito il controllo sullo svolgimento dell'attività ordinaria dell'ente.
Giova qui precisare, come ricordato da ANAC nel PNA 2019, che nell'ipotesi in cui il RPCT riceva segnalazioni o riscontri irregolarità concernenti l'operato dell'amministrazione, è tenuto semplicemente a verificare il *fumus* di quanto rappresentato e l'effettiva presenza o meno nel PTPCT di misure idonee alla prevenzione dell'evento segnalato. Nell'espletamento di tale attività, ANAC, pur nel silenzio della norma, ritiene di poter attribuire al RPCT ampi poteri di indagine, comprendenti la richiesta dell'audizione di dipendenti e l'acquisizione diretta degli atti relativi al procedimento, sempre che tali interventi istruttori siano indispensabili per una chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione e sempre nel rispetto dei criteri di proporzionalità, ragionevolezza ed adeguatezza.
Nel rapporto tra RPCT di un'amministrazione vigilante e il RPCT di un ente vigilato, ANAC sottolinea la necessità della reciproca autonomia, che deve essere garantita ad ogni RPCT nell'espletamento dei propri compiti, ognuno nell'ambito della specifica responsabilità e competenza, escludendo qualunque rapporto di sovraordinazione/subordinazione.
Da questo nucleo di base, i compiti del RPCT possono essere come di seguito elencati:

a) in base a quanto previsto dalla legge n.190/2012, il RPCT deve:
   - elaborare la proposta di Piano, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione (art.1, comma 8);
   - definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1, comma 8);
   - segnalare all'Organo di Indirizzo ed al Nucleo di Valutazione le possibili disfunzioni concernenti l'attuazione delle misure relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza ed indicare, agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno applicato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art.1, comma 7);
   - verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art.1, comma 10, lett. a);
   - proporre modifiche al Piano, in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art.1, comma 10, lett. a);

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

- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. b);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, a partire dai dipendenti chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base del Piano, il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10, lett. c);
- riferire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lo valuta opportuno (art.1, comma 14);
- trasmettere, entro il 15 dicembre[11] di ogni anno, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed al Consiglio di Amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta, con pubblicazione della stessa nel sito *web* dell'amministrazione (art.1, comma 14).

b) in base a quanto previsto dal d.lgs. n.39/2013, il RPCT, in particolare, deve:
- vigilare sulla applicazione delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, con il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità (art.15, comma 1);
- segnalare i casi di possibili violazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ai fini delle funzioni di cui alla L. 20 luglio 2004, n.215, recante "*Norme in materia di risoluzione dei conflitti di interessi*" nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art.15, comma 2).

c) in base a quanto previsto dall'art.15 del D.P.R. n.62/2013, il RPCT deve:
- curare la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento nell'amministrazione;
- effettuare il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- provvedere a pubblicare sul sito istituzionale ed a comunicare all'Autorità Nazionale Anticorruzione i risultati del monitoraggio.

d) in base a quanto previsto dal d.lgs. n.33/2013, come modificato e integrato dal d.lgs. n.97/2016, il RPCT, in particolare, deve, ai sensi dell'art.43:
- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente (comma 1);
- assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (comma 1);
- segnalare al Consiglio di Amministrazione, al Nucleo di valutazione delle Prestazioni, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio dei procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (comma 1);
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, anche in sede di riesame, sulla base di quanto stabilito dal suddetto decreto, ed in particolare dagli articoli 5, 5-bis e 9-bis (comma 4). Nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha altresì l'obbligo di effettuare all'Ufficio provvedimenti disciplinari la segnalazione ai sensi dell'art.43, comma 5, del d.lgs. n.33/2013.

Inoltre, in base a quanto previsto dall'art.54-bis del d.lgs. n.165/2001, così come modificato dalla l. n.179/2017, il RPCT riceve e prende in carico le segnalazioni a lui destinate, relative a illeciti e/o irregolarità, di cui il dipendente pubblico (o soggetto equiparato) sia venuto a

[11] Tale termine è stato prorogato da ANAC con comunicato del 2.12.2020 al 31 marzo 2021 così come il termine per la pubblicazione del PTPCT 2021-2023.

conoscenza, in occasione delle attività di ufficio, e rientranti nella disciplina del c.d. *whistleblowing*. In particolare, compito del RPCT è quello di porre in essere una preliminare attività istruttoria volta a verificare ed analizzare le segnalazioni ricevute, in relazione alla sussistenza del *fumus* di quanto rappresentato.
Come ribadito anche nel Piano 2019 da ANAC, affinché il RPCT possa concretamente esercitare le proprie funzioni e i conseguenti poteri di programmazione, impulso e coordinamento attribuitogli dal Legislatore, risulta indispensabile l'effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti coloro che operano, a vario titolo, all'interno della Pubblica Amministrazione e che partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione.
Questo sistema integrato di rapporti RPCT/uffici interni (dove, è bene precisare, non vi è sovrapposizione di ruoli) ha come presupposto indefettibile la "*collaborazione costante e costruttiva con il RPCT*" ed un flusso informativo completo e sempre aggiornato verso quest'ultimo, avente ad oggetto le risultanze delle attività espletate. L'effettiva possibilità per il RPCT di svolgere un'attività efficace ed efficiente si fonda infatti sull'integrazione e sul coordinamento con l'intera struttura dell'Ente, in particolare con 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 RPCT dell'IZSLER si avvale, non solo nelle fasi di programmazione delle misure di prevenzione, ma anche nelle attività di monitoraggio e controllo, di tutti i soggetti della Struttura di riferimento, in modo particolare dei dirigenti, dei sistemi di controllo interno e dei flussi informativi ad esso rivolti.

3.5 Staff di supporto diretto al RPCT

Il nuovo assetto organizzativo dell'Ente ha previsto in capo alla struttura UO Affari generali e legali la costituzione di un ufficio dedicato alle attività proprie dell'anticorruzione e della trasparenza. Lo *staff* di supporto alle attività del RPCT è pertanto essere articolato nelle due distinte Aree. Attualmente il RPCT è affiancato, in particolare per le attività di gestione della trasparenza, da un collaboratore amministrativo professionale cat. D.
È importante che siano assicurati al RPCT le figure e i mezzi necessari a supporto dello svolgimento delle funzioni legate alla prevenzione della corruzione in maniera stabile e dedicata. In proposito, come ricordato da ANAC nel PNA 2019 "*è altamente auspicabile che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere*".

3.6 Il Gruppo di Supporto

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA 2016, già con il PTPCT 2017-2019 veniva istituito il Gruppo di Supporto, la cui composizione mira ad assicurare - in una logica di integrazione delle attività ed in stretta aderenza all'attuale assetto organizzativo e al sistema aziendale di controllo interno - competenze multidisciplinari a supporto del RPCT, garantendo al contempo la rappresentanza di tutte le aree a maggior rischio corruzione e delle articolazioni aziendali a maggiore complessità organizzativa. In tal senso, anche il PNA 2019 insiste sull'importanza di affiancare al RPCT una struttura di supporto che assicuri l'integrazione di differenti competenze multidisciplinari.
Il Gruppo di Supporto, per il PTPCT 2022-2024 risulta così costituito:

- la Dott.ssa Annalia Mascher, quale Responsabile Servizio Assicurazione Qualità dell'Istituto;
- la Dott.ssa N. Arrigoni, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sanità animale (settore bovini);
- il Dott. F. Paterlini, quale veterinario esperto con competenze gestionali in sicurezza alimentare.

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

- analisi del contesto esterno, con particolare riguardo ai fattori che possono incidere in misura rilevante sul fenomeno corruttivo (variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche);
- definizione di un catalogo dei rischi più ampio individuato da ciascun dirigente di struttura complessa, abbinando i rischi ai processi ed analisi delle cause/fattori abilitanti degli eventi rischiosi;
- verifica di tutti i processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nei PNA, descritti e rappresentati in maniera puntuale;
- individuazione di aree di rischio "*ulteriori*" ed analisi dettagliata e puntuale dei singoli processi (e/o adeguata argomentazione della non sussistenza di ulteriori macro processi a rischio);
- identificazione puntuale delle responsabilità organizzative (a livello dettagliato, sia per i processi/macro processi relativi alle aree a maggior rischio indicate nei PNA 2019 sia per ulteriori processi/macro processi);
- avvio di un sistema di monitoraggio basato non solo sulle informazioni fornite dai Referenti o dai responsabili di struttura, ma anche su sistemi di controllo interno.

Al Gruppo di Supporto sono inoltre attribuiti i seguenti compiti:

- supporto e collaborazione stabile e permanente con il RPCT per gli adempimenti relativi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- coordinamento delle attività espletate dalle strutture dell'Ente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- disamina delle problematiche di tipo organizzativo ed informatico connesse ai temi della trasparenza e dell'anticorruzione;
- supporto e collaborazione stabile e permanente con il RPCT per l'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza e accesso civico, con particolare riferimento all'applicazione omogenea degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione;
- analisi dei *report* di monitoraggio e indicazioni per il continuo miglioramento delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

3.7 I "Referenti per l'Anticorruzione e la Trasparenza"

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

STRUTTURA	REFERENTI
Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria	Alessandra Salamina
U.O. Gestione Servizi Contabili	Federico Agostini Monica Orsini
Sistemi Informativi	Riccardo Possenti

U.O. Provveditorato Economato e Vendite (contratti pubblici, settore beni e servizi)	Alessandra Apollaro Simona Gusmeri
U.O. Tecnico Patrimoniale (contratti pubblici, settore lavori)	Daniela Armellini Cristiana Pietta
U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle competenze	Laura Papa Maria Grazia Rusconi
U.O. Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione	-----
U.O. Affari Generali e Legali e Ufficio Progetti di Ricerca	Emanuela Nucera Chiara Mazzoli
Biblioteca, Formazione, Comunicazione	Luisa Garau Margherita Franceschini

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dalle diverse strutture in tema di anticorruzione e trasparenza. L'obiettivo è quello di creare, attraverso la rete dei Referenti, un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato, che offre maggiori garanzie di successo.
L'importanza del ruolo assunto dai Referenti è stata ulteriormente ribadita nel PNA 2019.
Per quanto riguarda la prevenzione della corruzione, i Referenti, in particolare, dovranno supportare sia il RPCT sia i dirigenti responsabili delle strutture nelle seguenti attività:

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

Per quanto riguarda la Trasparenza i Referenti svolgono le attività indicate nella parte V paragrafo 13 del presente piano. In questa sede si sottolinea l'importanza di implementare e potenziare la rete dei Referenti, anche alla luce del compito ad essi affidato di monitorare il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione in capo alla struttura di rispettiva afferenza.

3.8 I dirigenti responsabili di struttura

Per dirigenti responsabili di struttura, come previsto nel nuovo assetto organizzativo dell'Istituto, si intendono:

- I dirigenti responsabili di struttura complessa;
- I dirigenti responsabili di strutture semplici, le quali possono essere afferenti a strutture complesse dipartimentali o poste in staff alle Direzioni;
- I dirigenti responsabili strutture semplici dipartimentali (si precisa, che attualmente tali strutture non sono presenti in Istituto, ma nel corso del triennio verrà valutata dai soggetti competenti l'opportunità di attivazione).

I dirigenti responsabili di struttura, in materia di prevenzione della corruzione e di

trasparenza, svolgono i seguenti compiti:
a) forniscono a tutti gli attori del sistema di prevenzione del rischio dell'IZSLER le necessarie informazioni per permettere loro il corretto espletamento delle funzioni;
b) partecipano attivamente al processo di elaborazione e gestione del rischio, proponendo le misure di prevenzione che reputano più idonee e, contestualmente, effettuano le seguenti attività:

- mappatura dei processi;
- individuazione e valutazione del rischio corruzione nei singoli processi mappati e loro fasi;
- individuazione e proposta di misure idonee alla prevenzione del rischio;
- applicazione delle misure di prevenzione e loro rendicontazione;
- revisione del ciclo di gestione del rischio in base alle risultanze della rendicontazione;

Inoltre, contribuiscono al monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture. Come illustrato in dettaglio nella parte I del presente Piano, il PNA 2019, all'Allegato 1, si sofferma sui compiti dei dirigenti di struttura nella gestione del rischio corruttivo, confermando il loro ruolo attivo di collaborazione con il RPCT, dovendo valorizzare, nella formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative, un efficace processo di gestione del rischio e promuovere la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità.
c) assolvono agli obblighi di pubblicazione indicati nel Piano secondo quanto indicato nella parte V, paragrafo 13;
d) assicurano la regolare attuazione della normativa in materia di accesso civico;
e) vigilano sull'osservanza, oltre che del Codice Disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n.62/2013) e del Codice di Comportamento dell'IZSLER, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;
f) rispettano le prescrizioni del d.lgs. n.39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità per le tipologie di incarico ivi previste, assicurando, nelle rispettive strutture, i controlli tempestivi delle dichiarazioni sostitutive;
g) segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di anticorruzione, trasparenza ed accesso civico;
h) curano e supervisionano i controlli nelle aree di rispettiva competenza.
La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale, e se ne deve tenere conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

3.9 I dipendenti

AI fini del presente Piano, per dipendenti si intendono tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro subordinato con l'IZSLER a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale, di tutti i ruoli ed aree di competenza.
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 PTPCT e delle relative misure, come sottolineato da ANAC in occasione del PNA 2019.
I dipendenti sono tenuti, in particolare, a:
a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se ed in quanto coinvolti;
b) osservare le misure di prevenzione previste dal PTPCT;
c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento di cui al D.P.R. n.62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale;
d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare l'obbligo di astensione;

e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di Comportamento aziendale e nel "*Regolamento per la tutela del soggetto che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)*" adottato con decreto del Direttore Sanitario facente funzioni di Direttore Generale n.278 dell'11 settembre 2019 nel quale sono specificate le modalità di gestione della denuncia/segnalazione.
La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione e dei compiti previsti dal presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche di responsabilità dirigenziale.

3.10 I collaboratori

Ai fini del Piano, per collaboratori si intendono i soggetti non rientranti nella categoria dei dipendenti che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'IZSLER (a titolo esemplificativo, borsisti, tirocinanti, consulenti, etc.). I collaboratori sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in quanto ad essi applicabili. Parimenti, sono tenuti a segnalare eventuali illeciti (di natura penale, disciplinare, amministrativo-contabile) di cui siano venuti a conoscenza.

3.11 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55-bis d.lgs. n.165/01), provvedendo, inoltre, alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e collabora con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
In particolare, l'UPD collabora con il RPCT, anche sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, all'aggiornamento costante del Codice di Comportamento, esamina le segnalazioni delle violazioni delle disposizioni di condotta, tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate e le segnala alle autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale.
All'UPD sono state attribuite, inoltre, funzioni di consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice di Comportamento.
Le funzioni attribuite all'UPD sono state da ultimo meglio definite da ANAC nell'ambito delle "*Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche*", approvate con delibera N.177 del 19 febbraio 2020. L'Autorità, in particolare, sottolinea come l'UPD, "*in stretta collaborazione con il RPCT, partecipa alla definizione dei doveri del codice e delle corrispondenza tra infrazioni e sanzioni disciplinari*", conformando altresì l'attività di vigilanza sull'applicazione dei Codici di Comportamento "*alle eventuali previsioni contenute nei PTPCT adottati dalle amministrazioni*". In tale contesto, come ribadito da ANAC, diviene essenziale lo stretto raccordo tra RPCT e UPD sia nelle attività di monitoraggio sull'attuazione del Codice, che nell'aggiornamento dello stesso.
Per assicurare un collegamento funzionale tra gli organi dell'Istituto e al contempo garantire una maggiore efficienza del sistema di sorveglianza, l'UPD predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare e delle segnalazioni relative a condotte illecite da trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

In applicazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, confermate nel PNA 2019, al fine di assicurare – ai sensi dell'art.33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n.179, convertito in Legge n.221 del 17 dicembre 2012 - l'effettivo inserimento e aggiornamento dei dati e degli elementi identificativi della Stazione Appaltante nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), il Direttore Generale, con atto registrato al protocollo generale dell'Ente al n……/2022, ha nominato il Dott. Davide Violato

"*Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante*" (RASA) dell'IZSLER. L'inserimento del nominativo del RASA all'interno del Piano è espressamente richiesto, come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione, dalla determinazione ANAC n.831 del 3 agosto 2016. Annualmente il RASA provvede alla trasmissione all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture prevista all'articolo 1, comma 32, della l. n.190/2012. L'Istituto è iscritto all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti con relativo codice AUSA.
L'incarico di RASA è svolto in coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

3.13 Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e Gestione delle operazioni sospette

Con atto registrato al protocollo generale dell'Ente al n.131 del 3 gennaio 2017, il Direttore Generale ha nominato il dott. Giovanni Ziviani "*Gestore delle segnalazioni sospette*".
Successivamente, con Decreto del Direttore Generale n.262 del 18 giugno 2018, l'Istituto ha adottato il regolamento in materia di procedure per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo ai sensi del D.M. 25 settembre 2015.
Ai sensi di predetto regolamento ogni dirigente responsabile di struttura complessa assume il ruolo di "*Responsabile della segnalazione*". Tale soggetto ha l'obbligo di segnalare al Gestore le operazioni/transazioni sospette o su cui possano comunque sorgere dubbi in merito alla presenza di elementi propri delle fattispecie di riciclaggio e finanziamento di cui sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza. Il Gestore, a sua volta, valuterà ed eventualmente trasmetterà le segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), la struttura nazionale incaricata di ricevere dai soggetti obbligati, di richiedere ai medesimi, di analizzare e di comunicare alle autorità competenti le informazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento al terrorismo.
L'incarico di cui al presente paragrafo è svolto in coordinamento con il RPCT.

4 Le Responsabilità

4.1 La Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT

Il RPCT ha considerevoli responsabilità ai sensi di legge.
L'art.1, comma 12, della l. n.190/2012 prevede l'imputazione di una responsabilità dirigenziale (*ex* art.21 del d.lgs. n.165/2001), disciplinare, amministrativa, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione in capo al RPCT, nel caso in cui un soggetto dell'Ente subisca una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato. La responsabilità è esclusa solo se il RPCT provi entrambe le circostanze sotto riportate:
a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il PTPCT e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dello stesso articolo 1 della l n.190/2012;
b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.
La responsabilità disciplinare, a carico del RPCT, non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.
L'art.1, comma 14, della stessa legge n.190/2012 precisa poi che: "*In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano".*
Fermo restando il regime di responsabilità di cui è destinatario il RPCT, permane dunque la responsabilità in capo ai dirigenti, per la mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT abbia compiutamente dimostrato di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Ai sensi dell'art.46 del d.lgs. n.33/2013, il RPCT risponde nell'ipotesi in cui sia inadempiente rispetto agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa per responsabilità dirigenziale, eventuale responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque elementi valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale. Il RPCT può andare esente da tale responsabilità qualora dimostri che il mancato rispetto degli obblighi di trasparenza è dipeso da causa a lui non imputabile.
Il RPCT, in quanto soggetto interno all'amministrazione, nell'esercizio del proprio incarico, riveste la funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio: per tale ragione ha l'obbligo di presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria, nel caso in cui venga a conoscenza di fatti che rappresentano notizia di reato. Deve altresì presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa.

4.2 La responsabilità dei dirigenti

Per garantire efficacia al sistema di gestione del rischio, risulta fondamentale l'apporto di tutti i dirigenti responsabili di struttura, i quali nell'esercizio del proprio ruolo devono contemplare anche l'adozione di strumenti gestionali per la prevenzione della corruzione previsti dalla legge e dal presente Piano.
I dirigenti responsabili di struttura in caso di violazione dei compiti di loro spettanza e, in particolare nel caso di mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e disciplinare e ciò rileva altresì per la valutazione annuale ed ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.
Inoltre sussiste responsabilità dirigenziale (*ex* art.21 d.lgs. n.165/2001), per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte dalla legge, a carico dei dirigenti, ai sensi dell'art.1, comma 33 della l. n.190/2012.

4.3 La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione indicate nel PTPCT devono essere rispettate e favorite da tutti i dipendenti. Per garantire quel sistema a rete, più volte richiamato da ANAC come forma ideale di prevenzione della corruzione, è indispensabile, all'interno dell'ente, un raccordo sinergico di collaborazione, che veda coinvolti in maniera attiva non solo il RPCT, l'organo di indirizzo e i dirigenti, ma anche il complesso dei dipendenti. Per tale ragione tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività amministrativa mantengono, per i profili di competenza, un certo grado di responsabilità in relazione ai compiti svolti in tema di prevenzione della corruzione.
Questo è ciò che si evince dal PNA 2019, nonché dall'art.8 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013), il quale precisa, in merito al dipendente, che egli è tenuto a rispettare "*le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza*"[12].
L'art.1 co. 14 della l. n. 190/2012 prevede inoltre espressamente che "*la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare*".
Tra le misure da osservare si evidenziano, in particolare, a mero titolo esemplificativo:

a) la partecipazione ai percorsi di formazione sul Codice di Comportamento, sul PTPCT e sulle misure di contrasto all'illegalità e ai fenomeni corruttivi;
b) la pubblicazione delle informazioni di cui al d.lgs. n.33/2013, fatta salva in ogni caso

[12] In proposito, anche il Codice di Comportamento dell'Istituto, all'art. 7, obbliga tutti i destinatari all'osservanza delle norme indispensabili al fine di prevenire il rischio corruttivo.

la responsabilità dirigenziale;

c) l'osservanza degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e del RPCT, formalizzati in appositi atti, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione.

PARTE III – AREE A RISCHIO CORRUZIONE

In questa sezione del Piano vengono descritte le Aree a rischio corruzione generali e specifiche prese a riferimento per il triennio 2022-2024.

5 Premessa

Per "*Aree*" si intendono aggregati omogenei di processi, come definiti nel presente Piano.
Le "*Aree a rischio corruzione*" sono quegli aggregati che, in base alle informazioni disponibili e desumibili dall'analisi di contesto, sono considerati maggiormente esposti al rischio corruzione.
Le "*Aree a rischio corruzione*" si distinguono in "*Generali*", ovvero riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e "*Specifiche*", ossia aree che le singole Amministrazioni individuano, in base alla tipologia di ente di appartenenza, al contesto, esterno e interno, in cui si trovano ad operare ed ai conseguenti rischi correlati.
Oltre alle aree generali individuate nei Piani Nazionali Anticorruzione, ogni amministrazione ha, infatti, ambiti di attività peculiari, corrispondenti ad aree di rischio ulteriori, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto, non meno rilevanti o meno esposte al rischio di quelle generali.
Concorrono all'individuazione delle "*aree di rischio specifiche*", i seguenti fattori:

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

5.1 Aree a rischio generali

Il PNA del 2013, pur evidenziando che le Aree a rischio corruzione variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla singola amministrazione, individuava aree a rischio comuni, rispetto alle quali tutte le pubbliche amministrazioni sono potenzialmente esposte. Rientrano in tali Aree quelle categorie di attività che, per le loro caratteristiche, devono essere necessariamente presidiate. Queste sono già indicate all'art.1, comma 16, della l. n.190/2012, che recita: "*Fermo restando quanto stabilito nell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, […] le pubbliche amministrazioni assicurano i livelli essenziali di cui al comma 15 del presente articolo con particolare riferimento ai procedimenti di: a. autorizzazione o concessione; b. scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, […]*; *c. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d. concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009*."
I PNA successivi hanno definito ulteriori aree di rischio comuni a tutte le pubbliche amministrazioni. In particolare, dall'analisi del PNA 2019, emergono 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 di rischio, fornendo una serie di indicazioni puntuali a tutti gli enti sanitari. Si tratta delle seguenti quattro aree:

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

Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

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

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

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

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

Misure quali:

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

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

rappresentano iniziative ed interventi imprescindibili e non ulteriormente procrastinabili, che ogni pubblica amministrazione è tenuta ad attuare concretamente, seppure in conformità alle proprie caratteristiche organizzative e funzionali.
In ragione dei frenetici avvicendamenti normativi e giurisprudenziali in tale area, è indispensabile garantire una costante attività formativa e di aggiornamento.

La situazione dei contratti pubblici interna all'Istituto

Con riferimento ai contratti pubblici la realizzazione, nel corso dell'anno 2021 del nuovo assetto organizzativo che da un lato ha superato la precedente previsione di accorpamento in un'unica struttura delle due articolazioni aziendali competenti in materia di contratti pubblici ha visto altresì l'avvio della nuova struttura complessa Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione, alla quale è attribuita una competenza strategica fondamentale ai cicli di programmazione di acquisti di beni, servizi e lavori, in stretto coordinamento con le UO Provveditorato economato e vendite e Tecnico Patrimoniale cui è assegnata la competenza della gestione delle procedure degli appalti di beni, servizi e forniture. Tra le funzioni della nuova struttura è annoverato il supporto alla Direzione Strategica nelle decisioni aziendali attraverso un appropriato controllo di gestione, il supporto informativo necessario allo svolgimento delle attività dell'Istituto il rilievo e la gestione dei bisogni necessari per le attività dell'IZSLER. All'interno della nuova struttura è stato allo scopo costituito il Servizio di Ingegneria clinica e coordinamento degli acquisti e logistica cui è attribuito l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico e della sicurezza di tutte le tecnologie. Fondamentale è il ruolo del servizio di programmazione e valutazione degli acquisti, controllo e programmazione della manutenzione delle apparecchiature in dotazione, esecuzione del "fuori uso" di apparecchiature obsolete, programmazione e coordinamento, in raccordo con i Dipartimenti, della gestione degli acquisti in caso di emergenza.
Già il PTPCT 2017-2019 individuava, infatti, quali misure di prevenzione da applicarsi nel settore dei contratti pubblici in IZSLER, le iniziative previste per gli appalti in sanità dagli allora vigenti PNA e, in particolare, dall'aggiornamento al PNA 2015, specie con riferimento alle fasi della programmazione e dell'esecuzione dei contratti. L'esito dei controlli, effettuati a partire dal 2017 dalla Direzione Amministrativa, ha evidenziato purtroppo un'attuazione soltanto parziale di quanto previsto. Va segnalato tuttavia che nel corso del 2019, nonostante il perdurare delle criticità rilevate, in accoglimento di quanto suggerito dal RPCT, le Direzioni ed i Dirigenti delle strutture coinvolte hanno provveduto alla nomina di referenti tecnici per gli acquisti e di DEC.
Anche per il 2021, valutati gli esiti delle verifiche nell'ambito dell'audit gestionale svoltosi presso la struttura nel corso del 2020, la struttura UO Provveditorato economato e vendite è stata nuovamente coinvolta nel programma di verifica, attraverso una ricalendarizzazione delle attività. Parimenti, come previsto, nel piano annuale è stata destinataria delle verifiche anche la struttura UO Tecnico Patrimoniale.
Tanto premesso, è pertanto prioritario per l'IZSLER realizzare le misure già individuate dai precedenti PTPCT per l'area dei contratti pubblici. Si sottolinea, in special modo, la necessità di attuare la misura della rotazione dei RUP, le cui funzioni sono espletate pressoché unicamente dai due dirigenti delle strutture interessate. Si evidenzia altresì l'utilità di assicurare la separazione fra le funzioni di RUP e di DEC, al fine di garantire maggiore trasparenza ed imparzialità. Per il 2022 per quanto riguarda l'UO Provveditorato economato e vendite, risulta ancora una volta fondamentale risolvere la criticità relativa alla rotazione

del RUP, misura non ancora realizzata, da individuarsi tra il personale in possesso di adeguata professionalità e competenza. E' stato altresì oggetto di ulteriore verifica il ricorso a procedure per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi. Come per il 2020 anche per il 2021 il ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando è stato giustificato, nella maggior parte dei casi, da ragioni di infungibilità dei beni. Il ricorso a tali procedure è preceduto da avvisi esplorativi per verificare se esistono sul mercato prodotti alternativi. Tale misura di trasparenza finalizzata a garantire la massima partecipazione e parità di condizioni a contrarre con la pubblica amministrazione ha permesso di individuare in alcuni casi operatori economici in grado di fornire prodotti equivalenti. Dalla documentazione prodotta dall'UO Provveditorato economato e vendite emerge che le procedure per l'acquisizione di forniture e servizi caratterizzate da infungibilità i cui prodotti sono inseriti in metodi di prova validati e accreditati nel 2021 sono state n.31 e rappresentano oltre il 34% del totale delle procedure. Per il 2022 tale circostanza dovrà essere presa in carico dalle strutture interessate, UO Provveditorato e dal Servizio qualità, al fine di darne adeguata regolamentazione. Parimenti si sottolinea qui come l'adeguata motivazione all'assunzione dei provvedimenti rappresenti strumento fondamentale di tutela del primario interesse pubblico.

Nel corso del 2021 è stata affidata la gestione di n.8 gare pubbliche relative all'area dell'UO Provveditorato economato e vendite e n.2 dell'UO Tecnico patrimoniale alla Centrale Unica di Committenza della Provincia di Brescia. Si tratta di un'importante misura di prevenzione nonché di uno strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti in IZSLER. Con legge Regione Lombardia 14 dicembre 2021- n.22 "Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33" ARIA spa – Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti anche l'Istituto è stato ricompreso tra i soggetti che possono usufruire dei servizi offerti per la gestione delle procedure di gara.
Alla stessa esigenza di semplificazione ed efficientamento dell'attività di approvvigionamento, risponde anche la costituzione di una rete fra i dieci II.ZZ.SS., per l'affidamento di appalti di beni e servizi di carattere comune. Il ricorso alle centrali uniche di committenza per la gestione delle gare pubbliche sarà misura da perseguire ed implementare anche per il 2022.
Tra le priorità previste per il 2020 dal precedente PTPCT vi era la definizione di procedure per l'acquisizione di beni, servizi e lavori - anche attraverso l'aggiornamento o l'adozione di appositi regolamenti interni – conformi:

- al vigente codice dei contratti pubblici, come integrato dalla legge 30 dicembre 2018, n.145 e modificato dalla legge 14 giugno 2019, n. 55 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici*";
- ai provvedimenti adottati da ANAC[13];

[13] Si riportano di seguito le principali linee guida adottate da ANAC nel settore "*appalti*":

- Linee guida n. 1 "*Indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria*" (delib. n.138 del 21 febbraio 2018) e aggiornate con delibera n. 417 del 15 maggio 2019);
- Linee guida n. 2 "*Offerta economicamente più vantaggiosa*" (delib. n. 424 del 02 maggio 2018);
- Linee guida n. 3 "*Nomina, ruolo e compiti del RUP per l'affidamento di appalti e concessioni*" (delib. n.1007 dell'11 ottobre 2017);
- Linee guida n. 4 "*Procedure per l'affidamento di contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici*" (delib. n. 206 del primo marzo 2018) e aggiornate con delibera del Consiglio n. 636 del 10 luglio 2019);
- Linee guida n. 5 "*Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo*

- alla disciplina regionale di riferimento.

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

- D.G.R. n. X/5859 del 28.11.2016, con cui sono state introdotte nuove disposizioni in materia di acquisti di forniture e servizi sotto soglia;
- la D.G.R. n. X/491 del 02.08.2018, contenente disposizioni in ordine alle procedure per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi;
- D.G.R. n. XI/1356 dell'11.3.2019, con cui è stato disciplinato l'utilizzo dei servizi Arca s.p.a., nell'ambito degli strumenti di acquisto e negoziazione tramite piattaforma telematica Sintel;
- D.G.R. n. XI/1751 del 17 giugno 2019, recante disposizioni in tema di Patti di Integrità nei contratti pubblici.

Pertanto nel corso del 2020, nell'area degli appalti pubblici, sono stati approvati dalle strutture competenti il nuovo regolamento per l'acquisizione di forniture e servizi e infungibili e/o esclusivi ed il nuovo regolamento per l'acquisizione di beni, servizi, e lavori di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria.
Nel 2021 si è aggiunta l'approvazione, attraverso l'adozione di apposito atto interno, Regolamento degli incentivi per le funzioni tecniche per la disciplina, costituzione e ripartizione del fondo delle risorse finanziarie ex art. 113 del D.Lgs. n.50/2016, così come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 56 del 19/04/2017 per i lavori e per i servizi e forniture.
Alla pratica attuazione dei contenuti del regolamento dovrà seguire la realizzazione della misura di trasparenza prevista da ANAC e di cui alla deliberazione dell'Autorità n1047/2020.

Già il PTPCT 2017-2019 promuoveva il rafforzamento del livello di trasparenza nel settore dei contratti pubblici, adempiendo a quanto previsto dall'art.29 del d.lgs. n.50/2016 e dall'art.37 del d.lgs. n.33/2013, come sostituito dal d.lgs. n.97/2016. A partire dall'anno 2017, sono stati infatti pubblicati in "*Amministrazione Trasparente*" - nella sezione "*Bandi di gara e contratti*" - sia le informazioni sulle singole procedure in formato tabellare (nelle quali viene specificata anche la procedura di scelta del contraente), sia i provvedimenti a contrarre, i bandi, i provvedimenti di esclusione o ammissione, i nominativi e i *curricula* dei commissari.
Ai fini che qui interessano si ricordano le disposizioni di cui al D.L. 16 luglio 2020, n.76 convertito in legge 11 settembre 2020, n.120 per ciò che concerne le procedure relative all'aggiudicazione dei contratti pubblici sopra soglia finalizzate a far fronte alle ricadute economiche negative a seguito delle misure di contenimento e dell'emergenza sanitaria globale del COVID-19. In particolare, l'articolo 2, comma 6 del D.L. medesimo dispone che *"Gli atti delle*

---

nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici" (delib. n. 4 del 10 gennaio 2018);

- Linee guida n. 6 "*Indicazione dei mezzi di prova adeguati e delle carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto che possano considerarsi significative per la dimostrazione delle circostanze di esclusione di cui all'art. 80, co.5, lett. c del Codice (ipotesi in cui l'operatore economico si sia reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali mettere in discussione la sua integrità e affidabilità)"* (delib. n. 1008 del 11 ottobre 2017);
- Linee guida n. 7 "*Linee guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti delle proprie società in house previsto dall'art. 192 del D.lgs. 50/2016*" (delib. n. 1076 del 21 novembre 2018);
- Linee guida n. 8 "*Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili*" (delib. n. 950 del 13 settembre 2017);
- Linee guida n. 9 "*Monitoraggio delle amministrazioni aggiudicatrici sull'attività dell'operatore economico nei confronti del partenariato pubblico privato*" (delib. n. 318 del 28 marzo 2018);
- Linee Guida n. 15 "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*" (delib. n.494 del 5 giugno 2019).
- Si segnala, inoltre, il Comunicato del Presidente ANAC del 15 luglio 2019 recante "*Sospensione dell'operatività dell'Albo dei commissari di gara di cui all'articolo 78 del D.lgs. 19 aprile 2016, n. 50*", con cui l'Autorità comunica l'impossibilità di procedere all'iscrizione al predetto Albo a seguito della sospensione fino al 31.12.2020 della previsione dell'art. 77, comma 3, d.lgs. n.50/2016 operata dalla legge n.55 del 14 giugno 2019.

stazioni appaltanti adottati ai sensi del presente articolo sono pubblicati e aggiornati nei rispettivi siti internet istituzionali, nella sezione «Amministrazione trasparente» e sono soggetti alla disciplina di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Nella medesima sezione, e sempre ai sensi e per gli effetti del predetto decreto legislativo n. 33 del 2013, sono altresì pubblicati gli ulteriori atti indicati all'articolo 29, comma 1, del decreto legislativo n. 50 del 2016. Il ricorso ai contratti secretati di cui all'articolo 162 del decreto legislativo n. 50 del 2016 è limitato ai casi di stretta necessità e richiede una specifica motivazione".
Per il 2021, ai sensi di quanto previsto dal decreto legge n.77/2021 convertito con legge n.129/2021, le strutture UO Provveditorato economato e vendite e UO Tecnico Patrimoniale sono tenute al rispetto di un'ulteriore misura di trasparenza relativa alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" dei contenuti relativi alla fase di esecuzione dei contratti.
Alla luce del permanere delle discipline transitorie per l'espletamento delle procedure in via emergenziale per la fornitura di beni e servizi e per l'esecuzione di lavori sotto soglia, per il 2022 le strutture interessate dovranno individuare e realizzazione particolari misure di trasparenza dei processi di acquisizione in emergenza e derogatori rispetto alla regolare disciplina delle procedure.

L'affidamento dei servizi legali
In materia di affidamento dei servizi legali ANAC, con delibera n.907 del 24 ottobre 2018, ha approvato in via definiva le Linee Guida n. 12 relative ai servizi legali, aderendo all'impostazione palesata dal Consiglio di Stato con il parere n. 2017 del 3 agosto 2018, reso in sede consultiva. Si è delineato così un quadro complessivo della materia che, in questa sede, si intende brevemente riassumere.
Nello specifico, l'Autorità ha ribadito che l'affidamento dei servizi legali costituisce appalto, con conseguente applicabilità dell'allegato IX e degli articolo 140 e seguenti del Codice dei Contratti Pubblici, qualora la stazione appaltante affidi la gestione del contenzioso in modo continuativo o periodico; l'incarico conferito *ad hoc* costituisce invece un contratto d'opera professionale, consistendo nella trattazione della singola controversia, ed è sottoposto al regime di cui all'art.17 (c.d. contratti esclusi). L'ANAC, nelle medesime Linee Guida, ha altresì individuato le migliori pratiche per l'affidamento dei servizi legali di cui all'art. 17 del d.lgs. n.50/2016, raccomandando la costituzione di elenchi di professionisti, eventualmente suddivisi per settore di competenza, previamente costituiti dall'amministrazione, con una procedura trasparente e aperta, e pubblicati sul sito istituzionale. Questa impostazione ha trovato conferma nella giurisprudenza amministrativa e segnatamente in una recente sentenza del TAR Lazio Roma, Sez. II-ter del 2 ottobre 2019 n.11494. In tale pronuncia il TAR ha qualificato la selezione per il conferimento di incarichi professionali come un'attività di natura procedimentale, posta in essere in attuazione dell'art.4 del Codice dei Contratti Pubblici, orientata alla selezione, con metodo comparativo, di una rosa di avvocati cui l'ente attribuirà, di volta in volta, incarichi di patrocinio e difesa legale. Lo stesso TAR ha altresì precisato che l'adozione di un avviso pubblico per la formazione di un elenco di avvocati, ai quali conferire incarichi di patrocinio e di difesa legale, costituisce attuazione delle buone pratiche indicate dall'ANAC nelle Linee Guida n.12, oltre che dei principi contenuti nell'art.4 del d.lgs. n.50/2016.
Giova sul punto sottolineare come l'IZSLER, nell'affidamento dei servizi legali (da intendersi sia come attività di rappresentanza legale nei procedimenti giudiziari davanti ad organi giurisdizionali od autorità pubbliche, oltre che nell'ambito di definizione di contenziosi in via transattiva, sia come attività di consulenza legale fornita in preparazione di un contenzioso, anche solo potenziale), agiva, ancor prima che fossero emanate le suddette Linee Guida, nel rispetto dei principi previsti dall'art.4 del Codice dei Contratti Pubblici, riassumibili nei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità. Ciò, in termini operativi, si è sostanziato nella formazione, mediante avviso pubblico, di un elenco di professionisti e studi legali, soggetto a sistematico periodico aggiornamento, nell'applicazione di

una procedura di scelta del legale aperta al confronto concorrenziale, nell'applicazione del criterio della rotazione e della valutazione delle competenze mediante un approfondito esame del curriculum fornito da ciascun candidato, tenendo altresì conto del compenso preventivato.
Successivamente nel corso del 2020, a seguito di formale richiesta di ammissione dell'Istituto al patrocinio dell'Avvocatura dello Stato, ritenuta dalla Direzione la soluzione più adeguata, in termini di efficienza ed economicità per far fronte alle esigenze di consulenza e di tutela legale dell'Istituto, 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 avvarrà di regola del patrocinio e dell'assistenza dell'Avvocatura dello Stato.

5.2 Aree a rischio specifiche

Come anticipato, i PTPCT delle singole pubbliche amministrazioni devono individuare – in aggiunta alle aree di rischio generali - 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, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, quali aree di rischio specifico. Si tratta delle aree di seguito riportate:

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

Le aree di cui ai precedenti punto a), b) e d), tuttavia, in ragione delle peculiarità degli Istituti Zooprofilattici non risultano applicabili ai settori di competenza dell'IZSLER.
Alla luce della vigente normativa, dei PNA e delle ulteriori indicazioni forniti da ANAC, della disamina del contesto esterno ed interno e degli ulteriori elementi rilevanti ai fini dell'individuazioni delle aree a rischio specifiche, il Piano 2021-2023 individua per l'IZSLER le seguenti quattro Aree di rischio specifiche:

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

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

L'IZSLER, quale ente sanitario di diritto pubblico del Sevizio Sanitario Nazionale, assicura la capacità di laboratorio a favore delle "*Autorità Competenti*" (Regioni, aziende sanitarie, nuclei

antisofisticazioni e sanità, etc.) per l'esecuzione dei cosiddetti "*controlli ufficiali*", intendendosi per tali "*qualsiasi forma di controllo eseguita dall'Autorità competente per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi, alimenti e salute e benessere degli animali*". La capacità di laboratorio è garantita attraverso l'esecuzione di prestazioni di laboratorio analitiche, attività diagnostiche, sopralluoghi, pareri e consulenze. Gli esiti delle prestazioni rese dall'IZSLER nell'ambito dei controlli ufficiali (rapporti di prova) costituiscono il presupposto tecnico per l'esercizio della potestà pubblica da parte delle competenti autorità, ai fini della tutela della salute pubblica, in particolare nel settore della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria. Il supporto tecnico-scientifico a favore delle autorità sanitarie pubbliche rappresenta il principale compito istituzionale normativamente affidato all'IZSLER e con dirette, importanti ed evidenti ricadute in un settore, qual è quello agroalimentare e dell'industria zootecnica, caratterizzato – così come chiaramente emerso dall'analisi del contesto esterno - da rilevanti interessi economici che possono in alcuni casi confliggere con l'esigenza di tutela della salute pubblica. Appare evidente, quindi, come questa area di attività dell'IZSLER possa essere oggetto di attenzioni e di ingerenze esterne finalizzate ad "*alterare*" gli esiti dei controlli, in un settore peraltro ove negli ultimi anni si è verificato un forte incremento delle infiltrazioni della criminalità organizzata.
L'accettazione incompleta o errata dei campioni da analizzare, la mancata integrità dei dati inseriti nel sistema informativo, l'alterazione o eliminazione delle prove nella fase *post* analitica, rappresentano alcuni possibili rischi corruttivi collegati a pressioni e/o ingerenze da parte di terzi per ostacolare la corretta esecuzione di prestazioni richieste all'IZSLER dalle Autorità Competenti, allo scopo ultimo di favorire soggetti predeterminati.
È pertanto indispensabile l'individuazione e l'applicazione di misure atte ad impedire pressioni ed ingerenze dall'esterno. L'applicazione di un sistema informativo di formazione, gestione e trasmissione dei rapporti di prova idoneo a garantire l'integrità dei dati analitici e del referto, nonché la possibilità di anonimizzare i dati delle persone fisiche/giuridiche a cui si riferiscono i campioni da analizzare, l'anonimizzazione dei campioni stessi e dei fogli di lavoro, rappresentano senz'altro misure utili a tale scopo; così come la segregazione delle funzioni con riguardo al personale che interviene nell'esecuzione delle prestazioni e nell'emissione del rapporto di prova. L'attivazione del reparto "*Gestione Centralizzata delle richieste dell'utenza*" ha come obiettivo l'accentramento presso un'unica struttura delle attività di accettazione dei campioni, al fine di garantire maggiore efficienza ed imparzialità.
Inoltre, come per gli anni precedenti, risulta fondamentale confermare il sistema di verifica del corretto adempimento da parte delle strutture interessate degli obblighi informativi disposti dal D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320 recante il regolamento di polizia veterinaria, e, in particolare, il rispetto dell'obbligo di denuncia di malattie infettive e diffusive alle competenti Autorità. In proposito, il Direttore Sanitario ha istituito (nota prot. n.16298 del 25 maggio 2018) un'apposita Commissione interna di verifica. A seguito dei lavori della Commissione, il Direttore Generale, per l'anno 2018, dava atto di "*un costante ed omogeneamente diffuso rispetto degli obblighi conseguenti al regolamento di polizia veterinaria all'interno dell'Istituto*" e confermava che "*in IZSLER l'adempimento degli obblighi previsti dal D.P.R n. 320/1954 è costantemente rispettato*". La succitata verifica fa seguito all'introduzione, a partire dal 2016, dell'obbligo per le strutture sanitarie di trasmettere al Direttore Generale un *report* periodico relativo alle denunce di malattie infettive e diffusive presentate all'Autorità Sanitaria.
Nel corso dell'anno 2019, la Commissione verificava l'assolvimento degli obblighi conseguenti al Regolamento di Polizia Veterinaria D.P.R. n.320/1954, esaminando le rendicontazioni delle strutture coinvolte. Sul punto, come piano di miglioramento per la verifica dell'assolvimento degli obblighi, la Direzione Sanitaria ha introdotto, per il secondo semestre del 2019, un apposito *format* da utilizzare per una corretta e completa rendicontazione. Nel 2021 la Direzione Sanitaria dell'Ente, alla luce di alcuni scostamenti nelle modalità di gestione delle comunicazioni in ambito della sicurezza alimentare dovuti ad indicazioni superate nel tempo, ha provveduto a fornire (nota prot. N.25462/2021) indicazioni univoche in merito alle modalità di comunicazione alla Autorità competente dei risultati analitici in autocontrollo che comportino un rischio diretto per

il consumatore.
Per quanto riguarda l'anno 2021, con nota prot. n.30279/2021 il Direttore Sanitario ha relazionato in ordine all'assolvimento degli obblighi di segnalazione osservando la corretta applicazione della misura, con la regolare comunicazione nel periodo di riferimento, parimenti è stata osservata un'uniforme applicazione della misura relativa all'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro con la precisazione che alcuni scostamenti verificati sono stati puntualmente motivati.
Si ritiene utile ricordare che a fine 2019 è entrato in vigore il regolamento UE 2017/625 in materia di controlli ufficiali. Resta fondamentale realizzare iniziative formative in merito alla nuova disciplina introdotta dall'ordinamento UE, a favore di tutti gli operatori dell'IZSLER coinvolti nell'attività a supporto dell'autorità Sanitaria Pubblica.

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

L'Istituto, in aggiunta ai propri compiti istituzionali, può stipulare convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private.
L'IZSLER eroga - su richiesta degli interessati - servizi e prestazioni in "*regime di autocontrollo*", mettendo a disposizione degli operatori del settore alimentare (OSA) un servizio di laboratorio di analisi a pagamento. Per esercitare tale attività, le sedi dell'IZSLER sono iscritte negli appositi registri regionali dei laboratori autorizzati ad effettuare analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo delle industrie alimentari.
I contratti per l'erogazione di prestazioni di laboratorio stipulati dall'IZSLER rientrano nel novero dei contratti ordinari, per mezzo dei quali l'Istituto, nell'esercizio del proprio potere discrezionale, può scegliere di perseguire il fine e l'interesse pubblico attraverso meccanismi contrattuali di diritto comune. L'attività di convenzione permette all'Istituto l'utilizzo di tutte le informazioni di carattere tecnico-scientifico, che derivino dall'esecuzione dei succitati contratti, per scopi di ricerca, pubblicazioni, analisi e valutazione del rischio e per tutte le attività rientranti fra i compiti istituzionali. Inoltre, l'attività contrattuale consente all'Istituto di raggiungere, nell'ottica della funzione istituzionale di tutela della salute, una qualificata conoscenza dei processi di produzione.
Il principale rischio corruttivo legato a tale settore di attività è rappresentato dal possibile conflitto di interessi rispetto all'attività istituzionale. I medesimi OSA, che usufruiscono a pagamento delle prestazioni in regime di autocontrollo, possono infatti essere destinatari dei "*controlli ufficiali*", che vedono coinvolto l'IZSLER quale laboratorio pubblico a supporto delle Autorità Sanitarie Competenti, generando, altresì, una possibile sovrapposizione dei ruoli controllore/controllato. Per tale ragione risulta indispensabile individuare misure per la corretta gestione dell'attività di tipo privatistico.
Già nel PTPCT 2018-2020, la Direzione Sanitaria rispondeva a tale esigenza proponendo l'attuazione di varie misure, tra cui l'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro, la revisione e l'adeguamento dei sistemi informativi, la separazione in fasi del processo analitico, la distinzione (per le analisi "*manuali*") del soggetto che effettua le operazioni analitiche dal soggetto che firma il rapporto di prova, il controllo e il monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni di laboratorio.
A marzo 2018 (nota prot. 8940), la Direzione Sanitaria emanava le Linee Guida aziendali recanti il programma aziendale per la corretta gestione del conflitto di interessi tra "*attività privatistica*" ed "*attività pubblicistica*". Tale documento integra le regole e le disposizioni già previste dal Sistema Qualità dell'IZSLER, vincolando tutte le strutture sanitarie al rispetto delle disposizioni ivi contenute. Nel corso del 2019, il programma per la corretta gestione del conflitto di interesse tra "*attività privatistica*" ed "*attività pubblicistica*" è stato nuovamente aggiornato da parte della Direzione Sanitaria con la realizzazione delle nuove "*Linee aziendali per la gestione del conflitto di interesse nell'attività analitica ufficiale e non ufficiale*" (nota prot. 10482/2019), recanti i criteri

per l'applicazione, la verifica e la corretta attuazione del programma aziendale finalizzato a garantire l'assenza di conflitto di interesse tra attività analitica in regime ufficiale e attività analitica in autocontrollo. Come previsto nel Piano, il Direttore Sanitario ha provveduto a svolgere, congiuntamente con il Responsabile Assicurazione Qualità, apposito *audit* a fine anno 2019, che ha confermato la corretta applicazione delle Linee Guida.
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 auto controllo in materia di sicurezza alimentare. Come relazionato dal Direttore Sanitario, presso le sedi territoriali dell'Emilia Romagna, la separazione tra attività ufficiali e in autocontrollo si è realizzata nel 2020. Nel corso dell'anno 2021, come da rendicontazione da parte della Direzione Sanitaria (nota prot.n. 30279/2021) si è completata per l'Istituto l'attuazione della separazione fisica tra attività ufficiali e di autocontrollo, salvo casi di incompatibilità tecnica dovuta a deperibilità del campione e/o al superamento dei termini prescritti per l'inizio della prova.
L'erogazione di attività analitica in regime di diritto privato merita particolare attenzione anche in ragione di un procedimento penale tuttora in corso relativo all'esecuzione di attività analitica per la certificazione della qualità del latte.
Sempre con riguardo all'erogazione di prestazioni in regime di diritto privato, con delibera n.9 del 29 agosto 2018 recante "*Approvazione del tariffario delle prestazioni di laboratorio erogate a pagamento dall'Istituto e approvazione nuovi criteri e modalità per l'applicazione degli sconti*", il Consiglio di Amministrazione ha stabilito di applicare sconti sul tariffario a chiunque (indipendentemente dalla relativa qualificazione giuridica) instauri con l'IZSLER un rapporto negoziale di durata, mediante stipula di apposito contratto. Ciò nell' ottica di assicurare parità di trattamento e imparzialità e di favorire un ampliamento della clientela, consentendo così all'Ente di accedere ad un maggior numero di dati epidemiologici nell'ambito della sanità animale e della sicurezza alimentare. Il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto, infatti, che la previsione di una scontistica sul tariffario delle prestazioni possa incentivare gli OSA a sottoporsi a controlli in materia di alimenti e sanità animale, così da permettere all'IZSLER e alle Regioni di riferimento – avvalendosi delle 17 sedi territoriale – di svolgere una sorveglianza epidemiologica adeguata, parametrata alla vastità del territorio di competenza, nonché di effettuare una ricerca più accurata sia nel settore della sicurezza alimentare sia della sanità pubblica veterinaria.
In conformità alla nuova politica degli sconti adottata dall'Istituto nonché alle direttive impartite nel citato provvedimento del CDA, in data 11 settembre 2019, il Direttore Sanitario facente funzioni di Direttore Generale, con decreto n. 279/2019, ha approvato un nuovo schema di contratto standard per prestazioni di laboratorio e/o servizi a favore dell'utenza, consultabile nella pagina *web* del sito istituzionale raggiungibile al seguente *link* https://www.izsler.it/servizi-cosa-facciamo/contratti-per-prestazioni-di-laboratorio-e-o-servizi/ ove sono altresì pubblicati il modulo di richiesta contratto, nonché tutti i documenti richiamati nel testo contrattuale (tariffario, documentazione sull'accreditamento delle prove, scontistica, codice di comportamento, PTPCT, patto di integrità, informativa *privacy*). Si tratta di un unico schema contrattuale, per qualunque settore di attività, di durata triennale, in cui è stata evidenziata la rilevanza del vincolo di scopo e la necessità che l'attività contrattuale sia svolta in subordine ai compiti istituzionali, nonché l'importanza di una corretta gestione del conflitto di interessi tra l'attività contrattuale e quella ufficiale di controllo, attraverso l'introduzione di specifici articoli. Nel nuovo schema è stata introdotta altresì una apposita clausola sulla prevenzione della corruzione con il richiamo al rispetto non solo del patto di integrità adottato dall'Istituto, bensì, per quanto applicabile, del codice di comportamento e del PTPCT dell'Istituto.
Il monitoraggio condotto dal Direttore Sanitario e dal Responsabile assicurazione qualità sull'attuazione del PTPCT 2021-2023 nell'applicazione delle misure di prevenzione previste per l'area di cui al presente paragrafo, ha evidenziato la sistematicità nell'anonimizzazione dei campioni e dei fogli di lavoro tesa a garantire l'assenza di conflitto di interesse, con la precisazione che alcuni scostamenti verificati sono stati puntualmente motivati. L'applicazione della misura è risultata assolta nel rispetto del target previsto. Data da un lato la centralità e

l'importanza delle attività e d'altro canto la delicatezza dei profili di criticità delle medesime anche con riferimento al PTPCT 2022-2024 dovrà essere data corretta esecuzione alle misure previste a garantire l'assenza di conflitto di interessi.
Un elevato profilo di criticità è rappresentato infine dall'esecuzione di attività analitica a favore di laboratori di analisi privati. Le richieste avanzate da tali laboratori potrebbero avere infatti ad oggetto aliquote di campioni già esaminate dall'IZSLER nell'esecuzioni di controlli ufficiali.
Si è chiuso con l'assoluzione il procedimento penale per truffa e falso che vedeva coinvolto, tra gli altri, un ex dirigente dell'Istituto nell'ambito dello svolgimento di attività d'analisi. Le irregolarità riscontrate è stato accertato dal giudice furono causate da un mal funzionamento del sistema informativo e non dall'operato della persona.

5.2.3 Gestione delle attività di ricerca – Attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione ed altre tecnologie

Il settore della ricerca, insieme a quelli della sperimentazione clinica e delle sponsorizzazioni, è stato qualificato come ambito particolarmente esposto al rischio di fenomeni corruttivi in un'apposita area del PNA 2015. L'aggiornamento 2017 al PNA, approvato da ANAC con delibera n.1208 del 22 novembre 2017, dedica uno specifico approfondimento alle istituzioni universitarie e, nell'ambito di queste, all'attività di ricerca, prevedendo che le valutazioni ivi contenute possono essere applicate, entro i limiti di compatibilità, agli enti di ricerca.
Coerentemente a quanto indicato dal PNA 2015 e poi ulteriormente sviluppato nel PNA 2017, 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 implichino 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 "*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*". Conseguentemente, il PNA 2017 ha individuato rischi specifici e possibili correlate misure di prevenzione in ciascuna delle fasi del ciclo di vita della ricerca:

- 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 IZSLER, su *input* dell'Unità Operativa Affari Generali e Legali ed 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 dell'attività di ricerca in IZSLER, recependo le indicazioni dei PNA ed introducendo alcune misure specifiche di prevenzione del rischio per tenere conto delle peculiari caratteristiche dell'Istituto e della sua organizzazione interna.
Riprendendo l'analisi effettuata dal PNA 2017 in tema di gestione del rischio, a partire dal PTPCT 2018-2020, l'area della ricerca in Istituto è suddivisa secondo la natura dei finanziamenti (ricerca su fondi pubblici e ricerca su fondi privati, oltre ai progetti attivati con fondi propri – cosiddetti progetti autofinanziati) e l'articolazione del ciclo di vita della ricerca (progettazione; valutazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca; pubblicazione degli esiti).
In sintesi, in risposta ai rischi descritti dai PNA, l PTPCT dell'IZSLER hanno introdotto progressivamente diverse misure di prevenzione del rischio, tra cui:

- 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;
- valutazione preventiva dei progetti di ricerca con IZSLER capofila nella fase di presentazione;
- valutazione dei risultati della ricerca, mediante verifica delle relazioni scientifiche finali, propedeutica all'invio delle stesse all'ente finanziatore;
- 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;
- *audit* sui progetti di ricerca;
- 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).

Azioni specifiche sono state poi implementate dall'Istituto in risposta alle precisazioni contenute nell'Atto di indirizzo del MUR, sopra richiamato, in particolare alla necessità sottolineata in tale documento che gli Enti di Ricerca:

- *adottino misure che favoriscano la massima circolazione delle informazioni sui bandi nei riguardi di tutti i ricercatori interni interessati o potenzialmente interessati, al fine di evitare asimmetrie informative circa le opportunità di finanziamento che finiscono per favorire - anche per omissione - determinati ambiti o precisi soggetti rispetto ad altri*;

In Istituto, i bandi sono diffusi attraverso comunicazioni effettuate a mezzo e-mail nei confronti di tutti i dirigenti sanitari o dei membri del Gruppo di Supporto alla Ricerca, in rappresentanza dei diversi Dipartimenti nonché – per alcuni programmi di ricerca - attraverso l'inserimento delle relative informazioni nella rete intranet del sito web istituzionale.

- *provvedano possibilmente a creare un'apposita sezione del sito istituzionale dell'amministrazione, dedicata alla pubblicità dei bandi di finanziamento e ai criteri usati nella distribuzione delle risorse;*

In tale ambito, 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 sarà ulteriormente implementata nel corso del 2022.

- *predeterminino le regole attraverso cui tutti i ricercatori abbiano le medesime possibilità di accedere ai bandi e di elaborare e veder valutati i progetti.*

L'accesso paritario alle opportunità di finanziamento è garantito dalla possibilità per tutti i dirigenti sanitari di partecipare potenzialmente a qualunque progetto di ricerca con il solo obbligo di acquisire preventivamente dalla Direzione Generale un'approvazione alla partecipazione, come previsto dal Regolamento interno sui progetti di ricerca.

Scarsa trasparenza e scelte discriminatorie vengono individuati quali possibili rischi nelle attività di valutazione e finanziamento dei progetti di ricerca. L'ANAC richiama a tal proposito l'opportunità di individuare misure organizzative che favoriscano, nella selezione dei valutatori, criteri di trasparenza e criteri di distribuzione dei fondi, che devono essere ispirati a una proporzionalità fondata sul merito scientifico dei singoli e sulla rilevanza dei progetti di ricerca.
La trasparenza e l'imparzialità nell'ambito dei progetti di ricerca finanziati da fondi pubblici, in particolare per la Ricerca Corrente – prevalente attività di ricerca dell'Istituto - viene attuata in IZSLER attraverso una procedura interna finalizzata a selezionare le proposte progettuali da presentare al Ministero, con una preventiva valutazione dei progetti da parte dei referee e del "Gruppo di Supporto alla Ricerca", con un'attribuzione dei finanziamenti correlata al punteggio attribuito in fase di valutazione.
Si segnala, da ultimo, quale misura di carattere generale, 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.
La mappatura/valutazione/ponderazione del rischio e le misure allegate al presente Piano rappresentano il risultato del percorso sopra delineato.
La mappatura dei processi e le attività di valutazione/trattamento del rischio relativamente alle attività di ricerca in IZSLER, allegate al presente Piano 2022-2024, sono state svolte in base alle indicazioni formulate dall'allegato n.1 al PNA 2019.
Per quanto riguarda le misure di prevenzione del rischio, sono state confermate le principali misure già in vigore nel 2021 ed introdotte nuove iniziative finalizzate a garantire o incrementare la trasparenza e l'integrità della ricerca in IZSLER, in particolare:

- è stato adottato il nuovo regolamento interno sui progetti di ricerca dell'Istituto che, oltre alla definizione dei ruoli e delle procedure interne di gestione dei progetti, formalizza i principi fondamentali di integrità della ricerca scientifica;
- è stato adottato il programma triennale della ricerca che, tra le azioni di miglioramento da attuare nel corso del triennio 2022-2024 e rilevanti nel contesto del presente PTPCT, prevede l'istituzione 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;
- è stata aggiunta una misura - già adottata internamente, ma della quale si rende opportuna evidenza in questo contesto – attraverso la quale tutte le richieste di proroga e di rimodulazione del budget dei progetti, avanzate dai responsabili scientifici, sono sottoposte alla valutazione e all'approvazione del Direttore Sanitario, preventivamente alla trasmissione all'ente finanziatore;
- è stata implementata la pagina nella intranet aziendale che raccoglie e rende evidenza dei bandi segnalati dall'Unità Operativa Affari Generali e Legali, con possibilità di accesso a tutto il personale IZSLER;

PARTE IV – PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

5 Obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2021-2023 e coordinamento con il Piano delle Performance.

Ai sensi della l. n.190/2012 l'organo di indirizzo politico definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, i quali costituiscono contenuto necessario del PTPCT 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. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni verifica che il PTPCT sia coerente con i contenuti dei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art.1, comma 8-bis l. n.190/2012). Gli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza si integrano necessariamente con il ciclo della performance e pertanto le misure programmate nel PTPCT devono divenire obiettivi del piano della performance.

In particolare, tra gli obiettivi strategici dell'Ente, nella macro area "Diffusione della cultura della legalità, sviluppo di un sistema di prevenzione, rafforzamento dei livelli di trasparenza" è declinato l'obiettivo strategico "Attuazione adempimenti legati al PTPCT 2021-2023. Ottimizzazione del processo di pubblicazione dati e informazioni in Amministrazione Trasparente" che prevede, tra le azioni da realizzare (con propri indicatori e target), il raggiungimento di un elevato livello di trasparenza e di un adeguato sistema di anticorruzione. Il cronoprogramma delle misure programmate allegato al presente piano (Allegato E) dettaglia l'integrazione con il piano della performance.

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

Per il triennio 2022-2024, il Consiglio di Amministrazione dell'IZSLER intende proseguire nel processo già avviato di contrastare ogni forma di illegalità nella propria organizzazione intervenendo per:

Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione

prioritariamente attraverso il corretto espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio corruzione come ridefinito dal PNA 2019, nonché la corretta gestione dei casi di conflitto di interessi;

Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione

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

Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione

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

L'obiettivo strategico sopra individuato finalizzato alla diffusione della cultura della legalità e allo sviluppo di un sistema di prevenzione attraverso l'attuazione degli adempimenti legati al PTPCT

e all'ottimizzazione dei processi di pubblicazione si pone in continuità con gli obiettivi individuati nei precedenti piani.
Per il triennio 2022-2024 risulta fondamentale il sistema dei controlli interni in un sistema integrato che veda il coinvolgimento del Servizio Assicurazione qualità anche in materia di prevenzione della corruzione.
L'Istituto, in conformità con quanto previsto dall'art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013, individua in materia di trasparenza e accesso civico l'obiettivo strategico di "ottimizzazione del processo di pubblicazione di dati e informazioni in Amministrazione Trasparente" che si realizza attraverso l'implementazione delle attività di informatizzazione delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente" e di rimozione dei dati, documenti e informazioni al termine della durata dell'obbligo di pubblicazione ex articolo 8 del d.lgs. n.33/2013, la razionalizzazione e perfezionamento delle attività di controllo e monitoraggio degli obblighi di pubblicazione, la garanzia nell'esercizio del diritto di accesso il coordinamento delle azioni con la disciplina sulla tutela della riservatezza introdotta dal regolamento UE 2016/679. La realizzazione degli obiettivi strategici 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 della misure, attraverso l'individuazione di un sistema integrato e finalizzato alla condivisione di informazioni .

Il PTPCT 2022-2024, come già il precedente, si coordina altresì con il piano pluriennale delle attività dell'Ente approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.9/2020 che individua nel PTPCT "[…]il principale atto programmatico attraverso il quale l'Istituto – in attuazione della legge n.190/2012 ed in conformità con il PNA vigente – definisce la propria strategia di contrasto alla "cattiva amministrazione". Il Piano pluriennale, inoltre, precisa che "[…] Le misure di attuazione, implementazione ed aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) saranno recepite dal Piano delle performance quali obiettivi, sia sotto il profilo della performance organizzativa sia di quella individuale".

6 Il processo di gestione del rischio per l'adozione del PTPCT 2021-2023

Già con il PTPCT 2020-2022 l'IZSLER ha ritenuto di dare avvio alla graduale applicazione alle nuove indicazioni metodologiche per la gestione del rischio contenute nel PNA 2019.
Il RPCT, allo scopo di facilitare l'adeguamento alle nuove indicazioni metodologiche e di fornire il necessario coordinamento ai dirigenti responsabili di struttura, aveva allo scopo predisposto - sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2019 - un'apposita scheda per la gestione del rischio.
La predetta scheda ha un formato tabellare ed è suddivisa in quattro parti come di seguito riportate.
La prima parte è dedicata alla rappresentazione della mappatura dei processi.

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

La seconda è dedicata all'identificazione per ognuna delle fasi/attività di ciascun processo dei

possibili eventi rischiosi e delle relative cause.

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

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

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

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

INDICATORE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	**POSSIBILI MISURAZIONI**	**ESEMPLIFICAZIONE DI ELEMENTI RILEVANTI PER LA MISURAZIONE**
1 – GRADO DI DISCREZIONALITÀ DELLA FASE/ATTIVITÀ	ALTO	La fase/attività è caratterizzata da ampia discrezionalità sia nella definizione delle finalità sia nella individuazione delle soluzioni organizzative sia nella gestione operativa
	MEDIO	La fase è caratterizzata da una discrezionalità apprezzabile nella definizione degli obiettivi e/o da una discrezionalità circoscritta nell'individuazione delle soluzioni organizzative ovvero la fase risulta sufficientemente procedimentalizzata

	BASSO	La fase/attività è predeterminata nelle finalità ovvero presenta un livello modesto di discrezionalità ovvero ad ogni obiettivo corrisponde una soluzione organizzativa e/o un modello di gestione predefinito
2 – LIVELLO DI INTERESSE DEL DESTINATARIO DEL PROCESSO	ALTO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) molto rilevante
	MEDIO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) non particolarmente rilevante
	BASSO	Non sussistono interessi tali da generare possibili influenze sull'attività/fase
3 - PRESENZA DI ATTI CORRUTTIVI IN IZSLER (LEGATI AL PROCESSO/FASE/ATTIVITÀ)	Sì	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "*cattiva amministrazione*") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
4 – PRESENZA DI EVENTI CORRUTTIVI NELLA P.A. IN GENERALE	Sì	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "*cattiva amministrazione*") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
5 - OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE: PER TUTTE LE FASI DEL PROCESSO L'IZSLER HA ADOTTATO STRUMENTI DI TRASPARENZA	SI	Sono state già introdotte in IZSLER misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
	NO	Non sono state introdotte in IZSLER misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
6 – SONO STATE INTRODOTTE IN IZSLER MISURE DI PREVENZIONE 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 valutare 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	tempi di	indicatore	*target*	responsabile	Unità

			di misura	attuazione della misura			dell'attuazione	organizzativa

Le schede erano state trasmesse al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni per consentire al predetto organismo di effettuare una valutazione generale sulla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo, come ridisegnato dal nuovo PNA. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni esprimeva una valutazione pienamente favorevole.

Conformemente a quanto chiarito da ANAC e nell'ottica di un graduale adeguamento ai contenuti dell'allegato n.1 al PNA 2019 con il PTPCT 2020-2022 si riteneva, in prima applicazione, graduare l'applicazione della nuova metodica di gestione del rischio soltanto ad alcune strutture. Il processo è stato completato con il PTPCT 2021-2023.

Pertanto per il 2021 le strutture sono state orientate, a partire dal lavoro fatto, ad avviare un processo di riesame al fine di rendere la gestione dell'intero processo di rischio sempre più coerente e completa.

Le misure individuate sin d'ora per il 2023 sono descritte in modo generico nella scheda programmatica riportata di seguito. Queste ultime misure saranno ridefinite e precisate in sede di aggiornamento annuale del Piano.

MISURA	TERMINE DI ATTUAZIONE
Predisposizione proposta del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025	31.01.2023
Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2023	28.02.2023
Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.06.2023
Monitoraggio finale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.10.2023
Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2023	31.12.2023

8 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.

8.1 Trasparenza

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

8.2 Codice di Comportamento

I Codici di Comportamento rivestono un ruolo essenziale nella strategia di prevenzione della corruzione elaborata dalla l. n.190/2012, in quanto costituiscono uno strumento essenziale

per regolare le condotte dei dipendenti e per orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con i PTPCT.
L'IZSLER, recependo le indicazioni fornite da ANAC, da ultimo con le "*Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche*" di cui alla delibera n.177 del 19.2.2020 e secondo quanto disposto dal PTPCT 2021-2023, ha adottato a fine 2021 un nuovo Codice di Comportamento, che tiene altresì conto dei contenuti dei contratti collettivi di lavoro di più recente sottoscrizione nonché del mutato assetto organizzativo dell'Istituto. Il Codice, predisposto secondo la nuova procedura indicata da ANAC e approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n.14/2021, è stato pubblicato nella rete *intranet* aziendale e sul sito *web* istituzionale, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" sottosezione "*Disposizioni Generali*", nonché trasmesso a tutti i dipendenti dell'Istituto al fine di assicurarne la massima diffusione.
Tenuto conto del nuovo orientamento espresso da ANAC con le sopracitate Linee Guida n.177/2020 secondo cui le pubbliche amministrazioni devono tenere "*ben distinti i codici di comportamento, giuridicamente rilevanti sul piano disciplinare, da eventuali codici etici*" , differentemente dal Codice adottato nel 2017 (che rappresentava altresì un Codice Etico) - l'Istituto ha provveduto ad eliminare dal nuovo Codice di Comportamento i riferimenti puramente etico-valoriali, mantenendo unicamente quelli aventi carattere giuridico-disciplinare.
Il nuovo Codice dedica particolare attenzione alla disciplina e alla procedura di gestione del conflitto di interessi, declinato nelle sue varie ipotesi, prevedendo un sistema di controlli gerarchicamente organizzati coerenti alla nuova architettura dell'Istituto.
Come suggerito da ANAC, nel nuovo Codice è stata sottolineata la stretta connessione che deve sussistere con il PTPCT, correlando i doveri di comportamento dei dipendenti con le misure di prevenzione della corruzione. Parimenti, è stato sottolineato il collegamento tra sistema di misurazione e valutazione della performance e rispetto dei doveri di comportamento nell'ambito del raggiungimento degli obiettivi assegnati.
Secondo quanto indicato nelle sopracitate Linee Guida, il nuovo Codice dedica particolare attenzione alla definizione dei doveri di comportamento a cui i destinatari del Codice devono attenersi per il corretto svolgimento della propria attività lavorativa in modalità agile (c.d. smart working) e nell'utilizzo delle piattaforme di rete e dei social media sia istituzionali che privati, nonché nell'ambito della gestione dei reclami.
All'interno del Codice è stato altresì precisato l'obbligo per coloro che stipulano contratti di collaborazione, consulenza, servizi o fornitura, nonché svolgono incarichi per l'Istituto, di conformare il proprio comportamento alle norme contenute nel Codice, mediante apposita clausola contrattuale. Medesimo obbligo è previsto anche per i dipendenti dell'Istituto nel contratto individuale di lavoro.
Tenuto conto del ruolo assegnato da ANAC alla formazione sui Codici di Comportamento, nel corso del 2022 verrà organizzata specifica attività formativa volta ad illustrare a tutti i dipendenti i contenuti e le disposizioni del nuovo Codice.
Nel 2021 è comunque proseguita l'attività formativa sul Codice in vigore fino allo scorso 18.12.2021 (data di entrata in vigore del nuovo Codice) nei confronti dei dipendenti neoassunti e dei nuovi borsisti. Nello specifico, nel corso del 2021, il corso è stato seguito da n.75 utenti.
Sempre nelle citate Linee Guida, ai fini di una efficace strategia di prevenzione della corruzione, è sottolineata la necessità di accompagnare alla vigilanza sul rispetto del codice di comportamento rimessa in primo luogo ai Dirigenti Responsabili di Struttura, nonché per gli ambiti di competenza, all'UPD e al NVP, anche *"un'attenta e periodica (almeno annuale) attività di monitoraggio sull'attuazione del codice, da pianificare e documentare in analogia con il monitoraggio riguardante la verifica dell'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT*". Pertanto, nel corso del 2021 il RPCT ha provveduto ad effettuare il monitoraggio sull'applicazione del Codice, i cui esiti sono stati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" Parimenti si provvederà nel 2022 con riferimento all'anno

2021.

8.3 Rotazione del personale

La rotazione ordinaria

La rotazione del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla Legge n.190/2012 (art.1 comma 4 lett. e, co. 5 lett. b, comma 10 lett. b). La finalità della rotazione c.d. ordinaria è quella di limitare il consolidarsi di rapporti che possano configurare o alimentare dinamiche di "*mala gestio*", evitando che il dipendente pubblico possa instaurare rapporti privilegiati in contrasto con l'interesse pubblico, conseguenti alla permanenza nel tempo nel medesimo ruolo o funzione.

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

L'IZSLER, già nel PTPCT 2016 – 2018, individuava le principali azioni in materia di rotazione del personale. In particolare, veniva previsto per i dirigenti di struttura complessa il compito di formulare specifiche proposte al Direttore Generale per la rotazione nell'ambito delle rispettive strutture. Lo stesso Piano assegnava poi, ai responsabili dell'U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze, U.O. Provveditorato, Economato e Vendite e U.O. Tecnico Patrimoniale, il compito di comunicare semestralmente al RPCT l'elenco dei componenti delle commissioni di concorso e di gara e le regole seguite per la rotazione dei componenti. Per quanto riguarda la rotazione degli incarichi dirigenziali, se ne disponeva il rinvio alla imminente scadenza degli incarichi già conferiti, anche in vista dell'avvio dell'*iter* di riorganizzazione dell'Ente.

Il PTPCT 2017-2019 prevedeva, in vista del conferimento dei nuovi incarichi dirigenziali, "*la comparazione dei curriculum dei dirigenti al fine di individuare le professionalità equivalenti ed eventuali posizioni infungibili per specificità di competenze. A seguito dell'attuazione della riorganizzazione sarà messo a concorso circa il 20% delle strutture complesse*".

Il Consiglio di Amministrazione, con deliberazione n. 5 del 29 maggio 2017, approvava i regolamenti per la graduazione delle funzioni dirigenziali relativi alle diverse aree dirigenziali, nonché il regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali. In particolare, l'articolo 18 di tale regolamento dispone che i criteri di rotazione vengano individuati tramite la puntuale mappatura degli incarichi più sensibili a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e, utilizzando gli strumenti disponibili in materia di gestione del personale, l'allocazione delle risorse ed infine, nei casi di competenze infungibili, ricorrendo allo strumento c.d. delle "*segregazioni delle funzioni*".

Con decreto del Direttore Generale n. 540 del 5 dicembre del 2017, sono stati individuati gli incarichi dirigenziali di struttura complessa da affidare a seguito di apposito avviso pubblico. Si è trattato complessivamente di n.8 incarichi: per tre di questi, a seguito dell'espletamento della relativa procedura, si è realizzato un avvicendamento nella direzione. Il medesimo provvedimento ha disposto il rinnovo in continuità (previa verifica della sussistenza della valutazione positiva espressa dal competente Collegio Tecnico) di n. 13 incarichi di direzione di struttura complessa. Rispetto a tali ultimi incarichi, già nel Piano precedente, veniva rappresentata la necessità di avviare percorsi formativi e di affiancamento tesi a rendere realizzabile la rotazione alla prossima scadenza contrattuale. Tale necessità è confermata anche nel presente Piano.

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

può essere attuata sia attraverso lo scambio di funzioni sia attraverso una modifica dei territori di competenza. 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. Per tale ragione, già in fase di predisposizione del precedente PTPCT 2018-2020, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e il RPCT avevano manifestato la necessità di intervenire in tale settore di attività, prevedendo all'interno dell'organizzazione figure con competenze specialistiche "*fungibili*", in modo da poter avviare la rotazione sul territorio. Pertanto, in relazione alle attività di controllo/sopralluoghi/consulenze, il PTPCT 2018 prevedeva l'individuazione di criteri predefiniti di rotazione, nonché l'avvio di iniziative di affiancamento e formazione volte a definire in futuro un sistema compiuto e programmato di *turn over*. Il Direttore Sanitario ed i membri sanitari del Gruppo di Supporto, dopo aver valutato esigua l'attività di controllo/ sopralluogo/consulenza svolta sul territorio da parte dell'IZSLER, hanno invece ritenuto di non procedere in tale area alla rotazione, in quanto la stessa avrebbe comportato la disapplicazione dei criteri di efficienza ed economicità che governano l'azione amministrativa.

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

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

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

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

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

La predetta procedura definisce i criteri di rotazione dei dirigenti del ruolo Veterinario, Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo (art.4) e del personale non dirigenziale con funzioni di responsabilità (art.5), oltre a prevedere i criteri per l'individuazione delle figure c.d. infungibili, le misure alternative alla rotazione e la modalità di verifica sull'effettiva rotazione degli incarichi. In particolare, la durata degli incarichi dirigenziali, con riferimento alle aree ed attività a più elevato rischio corruzione, è fissata al minimo legale (in linea con quanto previsto dall'Allegato n. 2 al PNA 2019). Inoltre, l'art.5 della stessa procedura

stabilisce in 6 anni il periodo di permanenza del personale non dirigenziale nel settore di assegnazione riconosciuto a più elevato rischio di corruzione, al fine di evitare che il periodo di rotazione di tale personale si sovrapponga con la durata degli incarichi dirigenziali, ed individua nel 15 % la percentuale massima di personale non dirigenziale da coinvolgere nella rotazione.
Si evidenzia che, considerate le esigenze di affiancamento e formazione del nuovo personale assunto e la necessità di evitare la sovrapposizione della rotazione del personale non dirigenziale con la rotazione degli incarichi dirigenziali, la misura in esame è stata attuata nell'U.O. Gestione Risorse Umane e Sviluppo Competenze dell'Istituto, anche mediante la concreta rotazione delle pratiche nell'ambito della medesima unità operativa.
Quali misure "*alternative alla rotazione ordinaria*" di natura preventiva, l'Istituto ha inoltre adottato meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, 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.
In aderenza alle indicazioni fornite da ANAC nell'Allegato 2 al PNA 2019 e considerata l'importanza di una adeguata programmazione della disciplina della rotazione e dei criteri di applicazione della stessa, nel mese di gennaio 2020, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno ritenuto che, per il periodo di validità del Piano 2020-2022, le esigenze di rotazione del personale dirigenziale possano essere pienamente soddisfatte sulla base delle cessazioni dagli incarichi avvenute nel 2019 e previste per il prossimo biennio. Nell'area amministrativa l'avvicendamento riguarderà tre posizioni dirigenziali, mentre in quella sanitaria n.7 posizioni.
Per l'area amministrativa, è stata prevista la rotazione del personale, con particolare riferimento alle funzioni di RUP, mentre per il personale tecnico, la rotazione doveva essere realizzata dal dirigente responsabile nell'ambito dell'assegnazione dei lavori, in modo da evitare il ripetuto contatto con la medesima ditta, prevedendosi, quale misura di controllo, la predisposizione di un report annuale sulla rotazione personale-ditte. Per l'area sanitaria, rilevato che la stretta connessione fra territorialità e competenze specialistiche richieste non permette di realizzare la rotazione, in quanto si pregiudicherebbe il buon andamento e l'efficienza dell'Amministrazione, il Direttore Sanitario aveva che all'inapplicabilità di tale misura sopperisca il complesso delle altre misure anti-corruzione e di trasparenza, adottate dall'IZSLER.
L'Istituto si propone altresì per il prossimo triennio di privilegiare, in particolare, un'organizzazione del lavoro flessibile che preveda:
- un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, attraverso l'analisi dei carichi di lavoro;
- periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività con altro operatore, che nel tempo potrebbe sostituirlo;
- la circolarità delle informazioni, attraverso la trasparenza interna delle attività, al fine di aumentare la condivisione delle conoscenze professionali.
In questa prospettiva, la formazione svolge un ruolo fondamentale, quale strumento volto a garantire che siano acquisite dai dipendenti competenze professionali trasversali, in una pluralità di ambiti operativi, di modo da contribuire a rendere il personale più flessibile.
Ciò anche in funzione di dare compiuta attuazione alla rotazione c.d. funzionale nell'ambito

del medesimo ufficio, mediante una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidate ai dipendenti. La rotazione, compatibilmente con le esigenze di buon funzionamento dell'amministrazione, dovrà essere applicata ai responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie ed ai funzionari componenti di commissioni interne all'amministrazione. È indispensabile che la rotazione venga attuata nel settore dei contratti pubblici, con particolare riferimento alla funzione di RUP. Nel caso di uffici a diretto contatto con il pubblico, con competenze anche di *back office*, deve essere valutata la possibilità di realizzare un'alternanza fra il personale che opera a diretto contatto con il pubblico. Le predette misure venivano condivise dal Direttore Amministrativo, con nota prot. n. 623/2020.
Al fine di evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie nelle aree più a rischio di corruzione, l'Istituto provvederà ad implementare le ulteriori misure alternative aventi - secondo le indicazioni del nuovo PNA – "*effetti analoghi*" a quelli della rotazione.
Si proseguirà dunque, anche nel prossimo triennio, nella valorizzazione dei meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, di modo che – ferma l'unitarietà del responsabile del procedimento ai fini di interlocuzione esterna – più soggetti condividano la valutazione degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.
In caso di impossibilità di procedere alla rotazione del personale dirigenziale, l'Istituto, in conformità alla propria procedura interna, dovrà applicare la suddetta misura al personale non dirigenziale, con riguardo prioritariamente ai responsabili del procedimento, agli altri dipendenti con funzioni di responsabilità (ivi compreso il personale con funzioni di sorveglianza e ispezione), dando luogo, in alternativa, all'applicazione della misura della "*segregazione di funzioni*".
All'interno dell'Istituto, precisamente, la segregazione risulta facilmente attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli, come ad esempio nel ciclo degli acquisti, mediante la concreta distinzione delle funzioni di programmazione, scelta del contraente ed esecuzione dei contratti. La segregazione delle funzioni potrà inoltre essere agevolmente realizzata nell'area amministrativa, anche in considerazione del numero esiguo dei dirigenti e dell'approssimarsi al pensionamento di alcuni di essi. In particolare, la segregazione andrà attuata per gli incarichi conferiti in continuità e per quelli maggiormente esposti a rischio corruzione, quali contratti pubblici e gestione del personale.
L'attuazione dell'organizzazione dipartimentale dell'Ente conclusosi a maggio 2020 con il conferimento di n.5 nuovi incarichi di Direttore di Dipartimento, ha avviato un percorso finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali disponibili, nella logica della trasversalità delle funzioni svolte. La nuova organizzazione dell'Ente approvata nel mese di dicembre 2020 e divenuta esecutiva a metà febbraio 2021 - che ha previsto la ricollocazione di alcune strutture nei dipartimenti, la costituzione di una nuova struttura complessa nonché la riduzione delle strutture – è stato l'ambito in cui si sono realizzate per il 2021 misure di rotazione e segregazione di funzioni. La nuova organizzazione, come indicato nell'atto organizzativo approvato dal Consiglio di Amministrazione, si è completata con l'approvazione dei nuovi regolamenti per la graduazione delle posizioni dirigenziali e per il conferimento degli incarichi, nel rispetto dei CC.NN.LL. e con il successivo conferimento dei nuovi incarichi.
Avuto riguardo all'anno 2021 la Direzione amministrativa ha confermato che le esigenze di rotazione si ritengono soddisfatte sulla base delle cessazioni di incarichi avvenute nel 2020 e nel 2021 e dell'attuazione della nuova organizzazione. In particolare come previsto la nuova organizzazione dell'ente ha necessariamente comportato il trasferimento di competenze e responsabilità all'interno dell'Ente. In particolare è stata costituita una nuova struttura complessa "Programmazione servizi tecnici e controllo di gestione" ed è stato conferito un incarico ad un nuovo dirigente. Presso la nuova struttura, cui afferisce la struttura semplice Sistemi Informativi, è stato costituito il Servizio di Ingegneria clinica, presso il quale sono da pochi mesi in servizi n.3 nuove unità di personale e sono confluite le competenze relativamente alla gestione della performance e il controllo di gestione. A partire dal mese di

settembre 2021 è stato ricoperto da nuovo dirigente l'incarico di dirigente della struttura semplice UO Gestione servizi contabili. A gennaio 2021 è cessato il dirigente della struttura complessa UO Gestione risorse umane e sviluppo competenze e dal 1° gennaio 2022 è cessato il dirigente responsabile della struttura semplice UO Provveditorato economato e vendite. Per entrambe le strutture dovranno essere conferiti nuovi incarichi. Nel corso del 2021 hanno preso servizio n. 15 nuove unità di personale amministrativo a tempo indeterminato e sono state trasferite presso altri servizi n.7 unità di personale (di cui contestualmente n.3 sono passate da tempo determinato a tempo indeterminato).
La misura alternativa alla rotazione ordinaria è stata confermata anche per il 2021 essere la segregazione delle funzioni.
Il Direttore Sanitario ha confermato anche per le strutture sanitarie, per l'anno 2021, quale misura alternativa alla rotazione ordinaria, la segregazione delle funzioni, attuata e verificata in sede di audit per garantire la realizzazione della misura prevista di separazione delle operazioni di accettazione campioni dalle successive fasi di analisi, in modo da garantire l'assenza di possibili conflitti di interesse. Anche per quanto riguarda le strutture sanitarie è stato confermato per il 2021, l'alto numero di turn over, il ricambio dato dalla cessazione dal servizio per pensionamento e conseguente immissione nel ruolo di altro personale.
Alla luce dei cambianti strutturali intervenuti con la realizzazione del nuovo assetto organizzativo e in virtù delle numerose nuove assunzioni avvenute nel 2021 si conferma la necessità che nel 2022, individuati percorsi di affiancamento e formazione, sia avviato il percorso di realizzazione della misura di rotazione ordinaria, in coerenza, con le percentuali, i principi ed i criteri individuati dalla procedura di rotazione del personale di cui al decreto del Direttore Generale n.339/2017.
Il PTPCT 2022-2024, anche e dall'altro per l'importante turn over di personale conferma quale misure alternativa alla rotazione ordinaria la misura della segregazione delle funzioni, i controlli congiunti da parte di più dipendenti nell'ambito di un medesimo procedimento e sottolinea la necessità di prevedere la rotazione del RUP nei settori di interesse.

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 2015[14], i reati presupposto qualificanti le "*condotte di natura*

[14] 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

corruttiva", che impongono l'adozione da parte dell'amministrazione "*di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta corruttiva del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria*".
Al contrario, l'adozione di tale provvedimento risulta essere meramente facoltativo nel caso di procedimenti penali avviati in occasione del verificarsi degli altri reati contro la Pubblica Amministrazione e previsti al Capo I del Titolo II del Libro secondo del codice penale.
Con la richiamata delibera, inoltre, ANAC ha inteso riferirsi al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art.335 c.p.p., per quanto riguardo l'espressione "*avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva*".
L'Autorità ha ribadito l'importanza di una applicazione immediata di tale misura a seguito dell'avvio di procedimento penale e/o disciplinare. L'assegnazione del dipendente ad altro servizio, a seguito di condotte corruttive, è finalizzata infatti ad assicurare che, nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale/disciplinare richiamati, siano attivate idonee misure a garanzia dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione.
Il trasferimento che consegue all'applicazione della rotazione straordinaria, inoltre, non è circoscritto al trasferimento di sede ma ben può essere realizzato tramite attribuzione di un diverso incarico nella stessa sede 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 dirigenti, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.
Nell'ipotesi di impossibilità oggettiva di attuare il trasferimento d'ufficio, in essenza 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.

8.4 Conflitto di interessi

Il conflitto di interessi rappresenta una delle principali disfunzioni dell'*agere* amministrativo.
La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti, di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.
Si tratta, dunque, di una condizione in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale, determinando il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.
La materia del conflitto di interesse è stata disciplinata dalla l. n.241/1990, che impone all'art.6-bis[15] al responsabile del procedimento e ai titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, il dovere di astensione e di segnalazione del conflitto, anche solo potenziale.

libertà degli incanti) e 353-bis (turbata libertà del procedimento di scelta del contraente) del codice penale.

[15] Ai sensi dell'art. 6 bis della l. n.241/1990, le situazioni da segnalare sono tutte quelle che – anche solo potenzialmente e in astratto - possono "*minare il principio di integrità, creando il sospetto del venir meno dell'imparzialità nell'agire amministrativo*". La sussistenza del conflitto di interessi, di qualunque natura esso sia, deve essere segnalata all'avvio del procedimento e, comunque, tempestivamente rispetto alla sua insorgenza. Ciò al fine di consentire il corretto espletamento di tutta l'attività istruttoria (compresa quella endo-procedimentale), sino all'adozione del provvedimento finale conclusivo del procedimento.

Nel D.P.R. n.62/2013 - Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici - all'art.7, è contenuta una tipizzazione delle relazioni personali o professionali, sintomatiche del conflitto di interessi (quali ad esempio i rapporti di parentela o coniugo), seguita da una norma di chiusura di carattere generale, riguardante le "*gravi ragioni di convenienza*"[16], identificabili in situazioni non conosciute o non conoscibili *ex ante* di conflitto potenziale ugualmente idonee ad interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e ad inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.
In entrambi i casi, di conflitto reale o potenziale, il rimedio prescritto dal Legislatore è il dovere di astensione che, in aderenza a quanto stabilito dall'ANAC con delibera n. 1186 del 19.12.2018, dovrà riguardare tutti i procedimenti di competenza del funzionario interessato.
Per quanto concerne le conseguenze della violazione delle disposizioni in esame, la normativa è chiara nel sancire l'illegittimità ed annullabilità del provvedimento adottato in presenza di una situazione di conflitto di interessi, fatte salve eventuali ulteriori responsabilità disciplinari, per violazione del codice del comportamento e/o civili, penali, amministrative-contabili.
Come buona pratica per la valutazione del conflitto di interessi, ANAC nel PNA 2019 ha suggerito alle Pubbliche Amministrazioni, in analogia a quanto previsto dal d.lgs. n.39/2013, di considerare un "periodo di raffreddamento" pari a due anni, quale un periodo temporale di astensione utile a determinare il venir meno di presunte situazioni di conflitto, nel caso siano intercorsi rapporti con soggetti privati operanti in settori inerenti a quello in cui l'interessato svolge la funzione pubblica.
Sul punto è da evidenziare come, nel PNA 2019, ANAC abbia contemplato un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi generalizzato e permanente, **c.d. strutturale**, in quanto non limitato ad una tipologia di procedimento ma derivante dalle posizioni ricoperte e dalle funzioni attribuite. In tale ipotesi, precisa l'Autorità, potendosi rilevare il rimedio dell'astensione non idoneo a risolvere la situazione di conflitto di interesse, è necessario che le amministrazioni, in vista del conferimento di un incarico, prestino particolare attenzione al rischio che possa determinarsi un conflitto strutturale. Tale valutazione, sotto il profilo dell'opportunità del conferimento, dovrà essere effettuata e documentata dal soggetto/organo conferente, anche sulla base della verifica della dichiarazione rilasciata dal soggetto interessato, tenendo conto del contenuto dell'incarico da conferire e del tipo di attività, che il soggetto interessato dovrà svolgere.
Sulla base di tale quadro di riferimento, il Codice di Comportamento dell'Istituto adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione n.14/2021, definendo la disciplina e la procedura interna per la gestione del conflitto di interessi, rappresenta il principale strumento di supporto per il riconoscimento delle situazioni di conflitto di interessi e per la relativa prevenzione. All'interno del Codice, infatti, vi è una puntuale descrizione delle varie ipotesi di conflitto:
- attuale, vale a dire presente al momento dell'azione o decisione del destinatario del Codice;
- potenziale, nel senso che potrebbe divenire tale in momento successivo;
- apparente, cioè che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto, ossia che comporta il soddisfacimento di un interesse proprio del destinatario del Codice;
- indiretto, vale a dire che attiene ad entità o individui diversi dal destinatario, ma a quest'ultimo collegati;
- strutturale, ossia non limitato ad una tipologia di atti ma generalizzato e permanente in

[16] L'art 7 del D.P.R. 62/2013 dispone: "*Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza*".

quanto collegato alle posizioni attribuite e alle funzioni ricoperte.
In ordine alla procedura di rilevazione del conflitto di interesse, l'art.4 di detto Codice ha previsto un sistema di controlli gerarchicamente organizzati e coerenti alla nuova articolazione aziendale dell'Istituto. In particolare, il dipendente (appartenga esso al comparto o all'area della dirigenza) indirizza la segnalazione relativa all'esistenza del conflitto di interessi – fermo restando l'obbligo di astensione - al dirigente della struttura complessa di afferenza (ovvero al dirigente della struttura semplice, nell'ipotesi in cui la struttura di appartenenza non afferisca ad alcuna struttura complessa), quale dirigente apicale, entro il termine massimo di 10 giorni dal momento in cui il conflitto si è manifestato.
Il dirigente della-struttura ha il compito di valutare la segnalazione ricevuta e di individuare la modalità più efficace di gestione del conflitto, potendo in proposito:
a) confermare l'assegnazione della pratica al dipendente/dirigente che ha segnalato il conflitto, in quanto valuta quest'ultimo inesistente ovvero considera la segnalazione una misura già di per sé idonea a gestire correttamente il conflitto segnalato. Tale conferma va adeguatamente motivata;
b) sostituire il dipendente/dirigente e affidare la pratica ad altro collaboratore;
c) avocare a sé la pratica.
Secondo la procedura descritta nel Codice, nelle ipotesi in cui il conflitto di interessi riguardi un dirigente di struttura complessa ovvero un dirigente di struttura semplice non afferente ad alcuna struttura complessa, la segnalazione va indirizzata al Direttore di Dipartimento, in ragione delle rispettive competenze, quale diretto superiori gerarchico. Ai direttori compete la valutazione delle segnalazioni ricevute e la scelta della misura, fra le tre sopra elencate, più idonea alla corretta gestione del conflitto.
Al Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo compete invece la valutazione delle situazioni di conflitto di interessi riguardanti i dipendenti (sia del comparto che della dirigenza) afferenti alle rispettive articolazioni aziendali di staff, secondo le modalità sopra riassunte. Inoltre, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario vanno indirizzate le segnalazioni riguardanti i Direttori di Dipartimento, in qualità di diretti superiori gerarchici.
In applicazione di tale sistema, i direttori amministrativo e sanitario sono tenuti a dichiarare eventuali situazioni di conflitto al Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice dell'Istituto, il quale adotterà le misure ritenute più adeguate a garanzia dell'imparzialità dell'operato dell'Ente. Per il Direttore Generale la segnalazione è invece indirizzata al RPCT.
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 e al RPCT, al fine di consentire a quest'ultimo l'esercizio delle funzioni di vigilanza in materia di anticorruzione.
Al fine di favorire l'emersione di situazioni di conflitto di interessi, il Codice di Comportamento IZSLER, all'art.4 comma 5, in conformità a quanto prescritto all'art.6 D.P.R. n.62/2013 prescrive in primo luogo l'obbligo per ciascun dipendente di fornire, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico e di aggiornare tempestivamente al verificarsi di una variazione rispetto a quanto in precedenza dichiarato 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. È altresì previsto l'obbligo per ciascun dipendente di comunicare al responsabile della struttura di afferenza la propria adesione o l'appartenenza a organizzazioni o associazioni, anche senza fini di lucro, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività della struttura di appartenenza.
Il Codice di comportamento adottato dall'IZSLER contiene, inoltre, disposizioni volte a garantire l'assenza di ogni situazione di conflitto di interessi tra le diverse tipologie di prestazioni di laboratorio erogate dall'Istituto e a rimarcare la prevalenza dell'attività istituzionale rispetto a quella di diritto privato. In particolare, è espressamente previsto che l'attività di diritto privato (attività "*non ufficiale*" ovvero in autocontrollo) non possa essere

eseguita in contrasto con le finalità istituzionali dell'IZSLER e che debba essere organizzata in modo tale da garantire il prioritario svolgimento dell'attività ufficiale e la piena funzionalità dei relativi servizi. Sono presenti, inoltre, parti speciali orientate a specifici settori (come quello della ricerca e della sperimentazione) e a determinate categorie di personale.
È utile evidenziare l'importanza di procedere ad una puntuale verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche con riferimento all'affidamento di incarichi a consulenti. Ciò in coerenza con quanto previsto all'art. 3 del Codice di Comportamento che estende gli obblighi di comportamento ivi sanciti a tutti i "*collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia di contratto e/o incarico, conferito a qualsiasi titolo*" e, in particolare, gli obblighi di astensione e segnalazione di cui all'art.4 del predetto Codice.
In proposito, a tutela dell'imparzialità del proprio agire, l'Istituto provvede a richiedere al consulente, prima del formale conferimento dell'incarico, la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, corredata dai seguenti documenti e dati, soggetti a pubblicazione sul sito *web* istituzionale alla sezione "*Amministrazione Traparente – Consulenti e Collaboratori*":
- *curriculum vitae,* ai sensi dell'art.15 del d.lgs. n.33/2013*;*
- dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;
- compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.
All'atto della sottoscrizione del contratto di collaborazione e/o nei provvedimenti di incarico, l'Istituto inserisce altresì apposite clausole di risoluzione del rapporto contrattuale, di decadenza o revoca dell'incarico, in caso di violazione dell'obbligo di astensione/segnalazione e, in generale, degli ulteriori obblighi derivanti dal Codice di Comportamento o dal D.P.R. n.62/2013, costituendo gli stessi precise obbligazioni contrattuali.
Infine, il nuovo Codice di Comportamento ha provveduto a regolamentare anche l'ipotesi in cui la situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale, sia rilevata in Istituto da soggetto diverso dall'interessato dal conflitto (ad esempio nell'ambito dello svolgimento di incarichi extra-istituzionali) e non oggetto di dichiarazione da parte dello stesso: in tale ipotesi, la valutazione dovrà essere comunque gestita dai soggetti competenti come sopra individuati e l'esito della valutazione comunicato al soggetto interessato.

Il conflitto di interessi nei contratti pubblici
A completamento della disciplina generale, il Legislatore ha dettato disposizioni specifiche volte a trattare in modo puntuale l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici, settore ritenuto particolarmente esposto al rischio di interferenza degli interessi privati.
L'art.42 del d.lgs. n.50/2016 prevede che le stazioni appaltanti adottino misure *"adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione alla concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici*".
Da un punto di vista oggettivo, l'art.42 del citato d.lgs. n.50/2016 è suscettibile di applicazione nei confronti di tutte le procedure di aggiudicazione di appalti e concessioni nei settori pubblici, sopra o sotto soglia agli appalti nei settori speciali e sottoposti a regime particolare.
A livello di applicazione soggettiva tale norma opera nei riguardi di tutti i dipendenti coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di affidamento che siano in grado, sulla base di un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, di impegnare l'ente nei confronti di terzi o che rivestano un ruolo tale da poterne condizionare l'attività esterna.
Per quanto concerne la definizione concreta delle situazioni di conflitto, il Consiglio di Stato, espressosi con parere n.667 del 5.03.2019 sullo schema di Linee guida ANAC n. 15/2019 "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici*", adottate con delibera n. 494 del 5.06.2019, ha ritenuto che l'art.42 contenga tre

categorie distinte di conflitto di interessi:

- La prima coincide, di fatto, con l'ipotesi contemplata dall'art.42 comma 2, ove il soggetto abbia "*direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico, o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità o indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione*".
- La seconda deriva dal richiamo alle fattispecie tipiche di cui all'art.7 D.P.R. n.62/2013 (rapporti di coniugio, parentela etc.).
- La terza deriva, infine, dal richiamo contenuto all'art.7 alle "*gravi ragioni di convenienza*" fra cui è opportuno tenere in considerazione, secondo le indicazioni di ANAC, anche il potenziale danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni.

Nei casi descritti, il rimedio da adottare ai sensi del comma 3 dell'art.42 consiste nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura di gestione del contratto pubblico, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

La sussistenza del conflitto di interesse comporta, altresì, l'impossibilità per l'amministrazione di conferire l'incarico al soggetto interessato. Se il conflitto di interesse si manifesta, invece, successivamente al conferimento dell'incarico, il rimedio andrà individuato nella revoca dello stesso e nella nomina di un sostituto. La disposizione in esame deve essere coordinata con l'art.80 comma 5, lett. d) del d.lgs. n.50/2016, che prevede l'esclusione dalla gara pubblica dell'operatore economico, quando la sua partecipazione possa determinare il verificarsi della situazione di conflitto di interessi, prevista dall'art.42, comma 2, del Codice dei Contratti pubblici. Si tratta, in sostanza, di una misura disposta come *extrema ratio*, quando risultino assolutamente e oggettivamente impossibili sia la sostituzione del dipendente che versa nella situazione di conflitto di interesse, sia l'avocazione dell'attività al responsabile del servizio, sia il ricorso a formule organizzative alternative previste dal codice dei contratti pubblici (cfr. Linee Guida ANAC n. 15, paragrafo 9). Tale impossibilità precisa ANAC - deve essere "*assoluta, oggettiva, puntualmente ed esaustivamente motivata e dimostrata".* Nel caso in cui la descritta situazione si verifichi successivamente all'aggiudicazione, la stazione appaltante dovrà adottare i provvedimenti più opportuni, previa valutazione degli interessi coinvolti, segnatamente di annullamento dell'aggiudicazione o risoluzione del contratto.

Alla luce del delineato sistema, il dirigente responsabile delle strutture deputate all'acquisizione di beni, servizi e lavori avrà cura di monitorare e segnalare gli eventuali casi di conflitto di interessi alla luce del disposto dell'art.42 del d.lgs. n.50/2016, in riferimento alle consultazioni preliminari di mercato ed alla partecipazione di candidati ed offerenti alla predisposizione della procedura di gara. Si rileva sul punto come le citate linee guida ANAC n.15/2019 richiamino precipuamente l'obbligo del dipendente di rendere – ed aggiornare in caso di modifiche sopravvenute – all'atto dell'assegnazione dell'ufficio la dichiarazione *ex* art.6 D.P.R. n.62/2013, comprendendovi anche le ipotesi di conflitti potenziali, che possono sorgere già nella fase di individuazione dei bisogni dell'amministrazione e ancor prima che siano noti i concorrenti (ad esempio nel caso in cui un funzionario sia parente di un imprenditore che abbia interesse a partecipare, per la sua professionalità, alla gara che la stazione appaltante deve bandire). Con riferimento alla singola procedura di gara, l'Autorità - in contrasto con l'orientamento espresso sul punto dal Consiglio di Stato con parere n.667 del 5 marzo 2019 – ha ritenuto altresì necessario, per i dipendenti che reputano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara (e per gli ulteriori destinatari dell'applicazione dell'art.42 d.lgs. n.50/2016), rendere una dichiarazione sostitutiva di notorietà e certificazione ai sensi del D.P.R. n.445/2000, avente ad oggetto ogni situazione "*potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza*".

In aderenza al sistema così delineato, l'Istituto assicura che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara avvenga previa acquisizione delle succitate dichiarazioni sull'assenza di conflitti di interessi e controllo a campione della veridicità delle informazioni

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

8.5 Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, assumono particolare rilievo le disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extra-ufficio dei dipendenti pubblici, discendenti dal peculiare dovere di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione.
Tale dovere – che risponde ai principi di imparzialità e di buon andamento dell'azione amministrativa nonché al dovere costituzionalmente sancito di fedeltà verso la Nazione dei dipendenti pubblici- comporta l'obbligo per il pubblico dipendente di dedicare interamente all'ufficio la propria attività lavorativa.
La materia trova la sua disciplina principalmente nell'art.53 del d.lgs. n.165 del 2001, il quale declinando i principi sanciti dall'art.97 e 98 della Costituzione, definisce i concetti di esclusività, incompatibilità e conflitto di interessi nello svolgimento di incarichi extra-istituzionali, ossia incarichi non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio, da parte dei dipendenti pubblici . La disposizione richiama, al comma 1, il regime delle incompatibilità di cui al D.P.R. n.3/1957 (artt.60 e ss.), secondo cui, in generale, i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o esercitare attività imprenditoriali o professionali, salve le deroghe espressamente previste dalla legge.
Fermo quanto sopra, i commi successivi del predetto articolo dettano una disciplina precisa in merito alla possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere attività extraistituzionali. I pubblici dipendenti, in particolare, possono assumere incarichi che provengono da altri soggetti, pubblici o privati, solo se previamente autorizzati dalle amministrazioni di appartenenza, secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, e in ogni caso tali da escludere casi di incompatibilità (sia di diritto che di fatto) o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente (art.53 comma 5 d.lgs. n.165/2001). Ciò nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.
Già nel PTPCT 2015, ai fini del rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di incarichi extraistituzionali, veniva ribadito l'obbligo per tutti i dipendenti dell'IZSLER di attenersi alle procedure autorizzatorie in vigore e, in particolare, di comunicare formalmente all'U.O. Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo delle Competenze anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ciò al fine di consentire una valutazione tempestiva sull'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche solo potenziale. In esecuzione di quanto previsto nel Piano 2016, l'Istituto si dotava del "*Regolamento interno per il conferimento e l'autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti dell'IZSLER*" (approvato con decreto del Direttore Generale n.83 dell'8 marzo 2016 e modificato con successivo provvedimento del Direttore Generale n.337 del 30 agosto 2016) volto a definire e disciplinare i criteri e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-ufficio.
Nel corso del 2021 il Regolamento sulla disciplina e sull'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali è stato oggetto di revisione anche tenuto conto dell'esigenza di adeguare le procedure in essere alla nuova organizzazione dipartimentale dell'Istituto e al riordino del sistema della delega di funzioni che impatta proprio sulle procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi. Secondo la determinazione del Collegio di Direzione è stata ricondotta in unico atto regolamentare anche la disciplina relativa agli incarichi istituzionali. Il nuovo regolamento è stato approvato con Decreto del Direttore Generale n353/2021 Il Regolamento – pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente unitamente alla relativa modulistica e a cui si rimanda per una più ampia cognizione - disciplina inoltre la procedura per il rilascio della autorizzazione allo svolgimento dell'incarico

extra-ufficio e detta un preciso regime sanzionatorio nel caso di violazioni.
In primo luogo è necessario sottolineare come dal dovere di esclusività, che connota la prestazione lavorativa del pubblico dipendente, discendano tre corollari fondamentali:
a) anzitutto, il divieto per il dipendente di svolgere attività in conflitto di interessi. In base a tale corollario è precluso al lavoratore pubblico lo svolgimento di attività concomitanti ulteriori rispetto al proprio rapporto di impiego, che possano collidere, anche in modo solo potenziale, con il contenuto concreto della propria prestazione lavorativa;
b) secondariamente il pubblico dipendente non può trarre utilità dirette o indirette dal proprio *status* di dipendente pubblico, con la conseguenza che gli è precluso spendersi nella vita sociale come tale, a mero scopo di garantirsi opportunità che, altrimenti, gli sarebbero precluse;
c) infine, è permesso al dipendente, pur sempre in via eccezionale, di svolgere attività concomitanti, purché queste siano autorizzate in modo specifico dall'ente di appartenenza[17]; ciò, nel presupposto che lo svolgimento degli incarichi esterni possa rappresentare una concreta occasione di accrescimento professionale per il dipendente, con positive ricadute nello svolgimento della propria attività lavorativa.
Il Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di supportare le amministrazioni nell'applicazione della normativa in materia di svolgimento di incarichi da parte dei dipendenti e di orientare le scelte in sede di predisposizione dei regolamenti e degli atti di indirizzo, ha elaborato dei criteri generali che esemplificano una serie di incarichi vietati per i pubblici dipendenti, tratti dalla normativa vigente, dagli indirizzi generali e dalla prassi applicativa. In particolare, il documento ha enucleato una serie di tipologie di incarichi da considerarsi "*a rischio*" e, pertanto, vietati per i dipendenti pubblici[18]. Si tratta delle seguenti fattispecie:
"1. *Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente ha funzioni relative al rilascio di concessioni o autorizzazioni o nullaosta o atti di assenso comunque denominati, anche in forma tacita;*
2. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti fornitori di beni o servizi per l'amministrazione, relativamente a quei dipendenti delle strutture che partecipano a qualunque titolo all'individuazione del fornitore;
3. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'amministrazione, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
4. Gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza;
5. Gli incarichi che si svolgono nei confronti di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, di vigilanza o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
6. Gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'amministrazione, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illeciti di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
7. Gli incarichi e le attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal d.lgs. n. 39/2013 o da altre disposizioni di legge vigenti;
8. Gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art.53, comma 6, del d.lgs. n.165/2001, presentano una situazione di conflitto di interessi;
9. In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interessi per la natura o l'oggetto

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

18 "*Criteri generali in materia di incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche*", documento elaborato nell'ambito del tavolo tecnico previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013 mediante confronto fra i rappresentanti del Dipartimento della funzioni pubblica, delle Regioni e degli Enti Locali

dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".
Secondo il Dipartimento della Funzione Pubblica, sono altresì *"preclusi a tutti i dipendenti, a prescindere dalla consistenza dell'orario di lavoro"* i seguenti incarichi*:*

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

Ne discende l'importanza di adottare procedure chiare e sistemi di controllo efficaci per assicurare l'espletamento di incarichi extra-impiego, solo in assenza assoluta di conflitto d'interessi e senza pregiudizio alcuno per l'attività istituzionale; così come appare indispensabile poter verificare l'assenza di situazioni in conflitto di interessi anche nei casi in cui l'incarico extraistituzionale - alla luce della vigente normativa - non necessiti di autorizzazione. Ragion per cui risulta indispensabile che il dipendente comunichi all'amministrazione di appartenenza tutti gli incarichi allo stesso attribuiti - anche quelli gratuiti e/o non soggetti ad autorizzazione - così da permettere le necessarie valutazioni.
Su specifica istanza del RPCT, l'ANAC a marzo 2019 ha emesso un apposito parere con il quale ha ipotizzato configurarsi un conflitto di interessi potenziale "*controllore-controllato*", ogni qualvolta venga svolto un incarico extra-istituzionale a favore di un soggetto nei confronti del quale l'IZSLER eroga servizi sanitari, effettua sorveglianza nonché controllo in materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza. L'Autorità rimanda alla prudente valutazione dell'IZSLER la verifica se la situazione di conflitto di interessi sia generalizzata e permanente, per cui l'astensione dovrebbe avere carattere sistematico, risultando quindi il rimedio dell'astensione "*occasionale*" non idoneo a superare il conflitto di interessi (conflitto di interessi strutturale).

8.6 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il legislatore con il d.lgs. n.39/2013 – nel presupposto che sussistono situazioni di conflitto di interessi ineliminabili e assolute - ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso pubbliche amministrazioni ed enti privati in controllo pubblico, la cui violazione comporta la nullità degli atti di conferimento degli incarichi ovvero, nel caso di incompatibilità, la decadenza dall'incarico, con connessa risoluzione del relativo contratto.
L'ANAC già nel mese di dicembre del 2014 - a seguito di specifiche richieste di chiarimento e tenuto conto di un apposito pronunciamento del Consiglio di Stato (sent. Consiglio di Stato sez. III, n.5583/2014) - con deliberazione n.149/2014 precisava che le ipotesi di inconferibilità/incompatibilità previste ai capi III, IV, V e VI dal succitato decreto non trovano applicazione nei confronti dei dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in quanto, in ciascuno di questi capi è prevista una disciplina speciale per gli enti sanitari (articoli 5, 8, 10 e 14) che limita il regime di inconferibilità/incompatibilità alle figure dei Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi.
Successivamente, con deliberazione n.1146 del 25 settembre 2019 e con deliberazione

n.1201 del 18 dicembre 2019[19] (con specifico riferimento all'applicabilità della disciplina delle inconferibilità di cui all'art.3 del d.lgs. n.39/2013) ANAC interveniva in merito all'applicabilità della disciplina del d.lgs. n.39/2013 agli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitari. A parere dell'Autorità, infatti, il regime derogatorio previsto per i dirigenti sanitari del SSN trova la sua *ratio* nel particolare assetto dell'organizzazione sanitaria, dove la qualifica dirigenziale *"è automaticamente connessa alla professionalità degli operatori*" e ciò "*a prescindere dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione di strutture*". Al contrario la normativa in tema di inconferibilità e di incompatibilità considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenute solo quelli che comportano "*l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione"(art.1, co. 2, lett.j)",* non potendosi ritendere sufficiente *"il mero possesso formale della qualifica dirigenziale per essere sottoposti al regime de qua".* A parere dell'autorità il legislatore, nella volontà di restringere l'applicazione della disciplina sulla inconferibilità e incompatibilità agli incarichi dirigenziali, ha ritenuto che in tale contesto, i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore Generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, in conformità a quanto previsto dall'art. 3, co.5. del d.lgs. n.502/1992. Ne consegue che per la dirigenza del servizio sanitario nazionale non sottoposta all'inquadramento riservato alla dirigenza medico-sanitaria valgono invece le ordinarie regole previste dal d.lgs. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art.3, co. 1 lett. c) del d.lgs. n.39/2013.
Interessante, per i fini che qui rilevano, richiamare la sentenza della Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, n.25369 del 11.11.2020 con la quale la Corte ha stabilito, quale principio di diritto, che ai direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale si applica la normativa in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi (oltre che quella sulla inconferibilità) – con le relative sanzioni – dettata dall'articolo 53 del d.lgs. n.165/2001(nonché dalla disciplina specifica per i titolari di incarichi dirigenziali di cui al d.lgs. n.39/2013). Tale normativa ha carattere imperativo e inderogabile, essendo irrilevante il fatto che il rapporto del direttore generale di un Ente del Servizio Sanitario Nazionale – peraltro dalla legge qualificato "esclusivo" - sia di natura autonoma e sia regolato da un contratto di diritto privato, perché, agli indicati fini, quel che conta è lo svolgimento di funzioni in qualità di "agente dell'Amministrazione pubblica", da cui deriva il rispetto del primario dovere di esclusività del rapporto con la Pubblica Amministrazione.
Il procedimento di accertamento concreto dell'inconferibilità/incompatibilità, i poteri dell'ANAC e del RPCT, nonché la natura dei provvedimenti sanzionatori nei confronti degli organi che abbiano conferito incarichi in violazione di legge sono illustrati dalla delibera ANAC n.833 del 3 agosto 2016, recante "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*" che delinea un sistema ben definito di responsabilità e competenze, nel quale sono coinvolti in prima istanza gli organi che procedono al conferimento delle cariche e degli incarichi.
Le Linee Guida attribuiscono, infatti, all'organo che conferisce l'incarico il compito di accertare l'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità già prima della formalizzazione dell'incarico attraverso la verifica delle apposite dichiarazioni sostitutive rese dagli interessi *ex* art.20 del d.lgs. n.39/2013. Il PNA 2019 ribadisce l'importanza per l'organo conferente di effettuare la verifica preventiva delle posizioni soggettive dichiarate,

[19] Come precisato con comunicato del Presidente di ANAC del 24.11.2021, la delibera n.1201/2019 deve ritenersi integrata dalla successiva delibera n.720 del 27.10.2021 con la quale l'Autorità "*ha ritenuto applicabile la fattispecie di inconferibilità di cui all'art.3 anche in caso di condanna per un reato associativo sempre che questo sia finalizzato al compimento dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale*".

in particolare, per le inconferibilità legate a condanne per reati contro la pubblica amministrazione.
In tale contesto il RPCT interviene solo successivamente, nell'ipotesi in cui – venuto a conoscenza (su segnalazione degli uffici, informativa o fatto notorio) di una situazione di inconferibilità – avvii un procedimento di accertamento.
Ai sensi dell'art.15 del d.lgs. n.39/2013, al RPCT è, infatti, affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità, con capacità proprie di intervento, e di contestare eventualmente 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.
Secondo l'interpretazione adottata dalle citate linee guida dell'ANAC, il RPCT è inoltre titolare esclusivo del potere di dichiarare la nullità dell'incarico conferito in violazione delle disposizioni di cui al d.lgs. n.39/2013 e del potere di irrogare – previo rispetto del principio del contradditorio - la sanzione inibitoria, che vieta all'organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per i successivi tre mesi.
In recepimento di tali principi ed in linea con le indicazioni contenute nel nuovo PNA, la procedura di conferimento degli incarichi all'interno dell'Istituto dovrà essere, quindi, in grado di assicurare:

1) la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità resa dal destinatario dell'incarico. ANAC raccomanda di prevedere adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.20 d.lgs. n.39/2013, nonché di adottare apposite misure volte a garantire l'acquisizione delle dichiarazioni in tempo utile per l'effettuazione delle verifiche prima del conferimento dell'incarico. Al fine di agevolare la verifica di dette dichiarazioni è necessario che le stesse, così come suggerito da ANAC, siano accompagnate dall'elenco di tutti gli incarichi e le cariche ricoperti dall'interessato negli ultimi 36 mesi. È utile precisare in questa sede che per una corretta conservazione, le dichiarazioni in esame pervenute all'Istituto dovranno essere protocollate e gestite secondo la tempistica e le modalità previste dal vigente "*Manuale di gestione documentale*";
2) la successiva verifica entro un preciso arco temporale predefinito, da parte dell'organo conferente. La verifica potrà essere effettuata 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. L'attività istruttoria di verifica dovrà inoltre tenere conto di eventuali segnalazioni circostanziate e/o della conoscenza notoria dell'esistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità in capo al dichiarante;
3) il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero in assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
4) la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità nella sezione "*Amministrazione Trasparente*".

In linea con le raccomandazioni di ANAC, contenute nel PNA 2019, l'incarico potrà essere conferito solo previo espletamento della descritta istruttoria.
Annualmente inoltre l'incaricato è tenuto a rendere apposita dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità. Le dichiarazioni in esame, secondo una prassi già avviata, continueranno ad essere pubblicate, come richiesto dall'art.20 del d.lgs. n.39/2013, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito *internet* dell'IZSLER.

8.7 Attività successive alla cessazione dal servizio

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

introduce il divieto di *pantouflage*, ai sensi del quale "*i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni […] non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.*"
Tale norma costituisce un divieto-limite, volto ad evitare che il dipendente pubblico possa sfruttare la conoscenza delle dinamiche organizzative dell'ente ed i legami intessuti all'interno dello stesso, al fine di trarne vantaggi di natura patrimoniale e non, precostituendosi situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato, con il quale è entrato in contatto in pendenza del proprio incarico presso la Pubblica Amministrazione. Nello stesso tempo, come sottolineato nel PNA 2018 e ribadito nel PNA 2019, tale divieto mira anche ad evitare indebite ingerenze e condizionamenti dei privati in grado di incidere negativamente sullo svolgimento dei compiti istituzionali del dipendente pubblico, nella prospettiva di opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato il servizio. Il limite triennale di operatività del divieto, decorrente dalla cessazione del rapporto di lavoro, deve essere letto nell'ottica di un contemperamento delle esigenze di imparzialità della pubblica amministrazione con l'interesse dei lavoratori ad intrattenere rapporti con soggetti privati, posta la supremazia del primo interesse sul secondo.
La disciplina si applica indifferentemente a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, così come definite all'art.1, comma 2, del d.lgs. n.165/2001, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo, intendendosi il divieto esteso a qualsiasi rapporto di lavoro o professionale, che possa instaurarsi con soggetti privati destinatari dei poteri negoziali o autoritativi della pubblica amministrazione. In questo senso, i dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono da individuarsi in tutti i soggetti che esercitano concretamente, per conto dell'ente, tali poteri, mediante l'adozione di provvedimenti amministrativi ed il perfezionamento di negozi giuridici, grazie alla stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente[20]. Il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche al dipendente, che abbia partecipato al procedimento con il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.
Inoltre, come sottolineato da ANAC, da ultimo nel PNA 2019, la nozione dei soggetti privati, destinatari dell'attività della pubblica amministrazione, deve essere interpretata nel senso più ampio, in modo da comprendere anche soggetti che, pur essendo formalmente privati, siano partecipati o controllati da una pubblica amministrazione.
La violazione del divieto di cui all'art.53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001 comporta la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati. Accanto alla sanzione civilistica, si aggiunge una sanzione interdittiva-restitutoria, implicante il divieto per il privato di contrarre, a qualunque titolo, con la pubblica amministrazione nei successivi tre anni, nonché l'obbligo di restituire tutti i compensi eventualmente percepiti. In merito alla verifica della violazione, si rammentano, da un lato, i poteri di vigilanza ed ispettivi (oltre che consultivi) assegnati ad ANAC, e, dall'altro, il dovere

[20] Il PNA 2019, a titolo esemplificativo, ha individuato come soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Amministrazione Pubblica "*i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali […], coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'Ente […]. Si intendono ricompresi i soggetti che ricoprono incarichi amministrativi di vertice, quali quelli di […] capo Dipartimento, o posizioni assimilate e/o equivalenti*". ANAC, inoltre, precisa che "*l'eventuale mancanza di poteri gestionali diretti non esclude che, proprio in virtù dei compiti di rilievo elevatissimo attribuiti a tali dirigenti, sia significativo il potere di incidere sull'assunzione di decisioni da parte della o delle strutture di riferimento*".

del RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione del divieto da parte di un ex dipendente, di segnalare la violazione medesima ad ANAC, all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio ed eventualmente anche all'ente presso cui è stato assunto.
Nei precedenti Piani sono state previste le seguenti misure da intendersi qui interamente confermate:

- introduzione nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- previsione, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui all'art.53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001;
- esclusione dalle procedure di affidamento 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.

È importante, ai fini della corretta applicazione della disposizione normativa in commento, secondo quanto raccomandato nel PNA 2019, richiedere ai dipendenti al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, la sottoscrizione di un'apposita dichiarazione di impegno al rispetto il divieto di cui all'art.53 comma 16-ter, d.lgs. n.165/2001.
In proposito, inoltre, si segnala la previsione contenuta nel Codice di Comportamento dell'Istituto, ispirata ai principi di cui sopra, ai sensi della quale viene fatto divieto al dipendente di accettare incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti la struttura di appartenenza.

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

Nell'ambito delle misure di prevenzione della corruzione, si inseriscono i divieti posti dal Legislatore allo svolgimento di determinate attività e all'assunzione di incarichi, in relazione alle condizioni soggettive in cui versano i soggetti interessati.
L'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001 – introdotto dal comma 46 dell'art.1 della l. n.190/2012 - detta disposizioni che stabiliscono preclusioni ad operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo nonché ad assumere determinati incarichi laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.
Ai sensi dell'art.35-bis (con rubrica "*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici*"), "*1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere. 2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari*".
Con delibera n. 1201 del 18 dicembre 2019 recante *"Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti*

privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art.3 d.lgs. n. 39/2013 e art.35 bis d.lgs. n. 165/2001", ANAC si è pronunziata sul rapporto intercorrente fra l'art.35 bis del d.lgs. n. 165/2001 e l'art.3 d.lgs. n.39/2013, evidenziando in particolare, fra le differenze applicative, come le inconferibilità di cui all'art.3 d.lgs. n.39/2013 riguardino tutti i tipi di incarico dirigenziale, mentre i divieti dell'art.35-bis d.lgs. n.165/2001 presuppongano lo svolgimento mansioni specifiche, indipendentemente dal fatto che attengano ad un incarico dirigenziale o meno. Le limitazioni operate dall'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001, inoltre, non si configurano come misure sanzionatorie – di natura penale o amministrativa – bensì, come rilevato da ANAC nel PNA 2019, "*hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la p.a*.".

Si precisa, inoltre, che il d.lgs. n.50/2016, nel disciplinare la composizione delle commissioni giudicatrici nell'ambito delle procedure ad evidenza pubblica, richiama espressamente l'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001 e sanziona con l'illegittimità il provvedimento conclusivo della procedura di aggiudicazione, ove disposta in contrasto con la disciplina ivi contenuta.

Già nel Piano 2015 è stato esplicitato l'obbligo per i responsabili del procedimento di "*garantire che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento*", nonché di acquisire e di pubblicare le dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'art. 3 del d.lgs. n.39/2013, da parte del dipendente beneficiario dell'incarico. I responsabili del procedimento, inoltre, sono incaricati di provvedere, con specifici controlli, a verificare la veridicità delle dichiarazioni acquisite e di informare il RPCT in caso di dichiarazioni non veritiere.

In linea con quanto previsto nel PNA 2019, anche per il 2022 le competenti strutture intensificheranno l'attività di verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali per reati contro la pubblica amministazione, all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento dei contratti pubblici e delle commissioni di concorso nonché all'atto del conferimento degli incarichi di cui all'art.35-bis del d.lgs. n.165/2001.

Nell'ambito di trattazione del presente paragrafo merita uno specifico approfondimento la tematica della corretta gestione del conflitto di interessi in relazione alla composizione delle commissioni di concorso e/o per la selezione del personale.

Al fine di garantire l'effettiva trasparenza delle operazioni di selezione del personale, è necessario che vengano esplicitati i rapporti a qualsiasi titolo intercorsi o sussistenti fra i componenti della commissione giudicatrice ed il candidato. In proposito, l'art.11, comma 1, del D.P.R. n.487/1994 prevede che i componenti delle commissioni, dopo aver preso visione dell'elenco dei partecipanti, debbano sottoscrivere una dichiarazione attestante la non sussistenza di situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile.

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

La giurisprudenza amministrativa ha, inoltre, interpretato restrittivamente tale obbligo di astensione, sottolineando come operi solo nelle ipotesi previste dall'art.51 c.p.c., da intendersi in senso tassativo e senza possibilità di applicazione ed estensione analogica.

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

stabilità, continuità tali da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale".

8.9 Tutela del whistleblower

Nell'ambito delle strategie di contrasto alla corruzione, si può isolare uno strumento di matrice preventiva e di indubbio interesse denominato "*whistleblowing*", strumento attraverso il quale è possibile segnalare condotte illecite e/o irregolari, poste in essere dal dipendente pubblico nell'esercizio delle proprie funzioni, tali da poter danneggiare l'interesse pubblico e/o la Pubblica Amministrazione.

Tale istituto, disciplinato dall'art.54-bis del d.lgs. n.165/2001 e introdotto dalla l. n.190/2012, è stato riformato, da ultimo, dalla l. 30 novembre 2017 n. 179, la quale ha esteso la tutela assicurata al dipendente pubblico a fronte della segnalazione, anche al dipendente di ente pubblico economico ovvero al dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico, nonché ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Amministrazione Pubblica

Ai fini dell'applicazione dell'art.54-bis – e delle tutele ivi previste – è necessario che:

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

I fatti illeciti oggetto della segnalazione di *whistleblowing* comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, previsti al Capo I, Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, ma tutte le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri un abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, al fine di ottenere vantaggi privati, nella misura in cui tali condotte possano costituire un indizio sintomatico di mal funzionamento dell'amministrazione.

Posto che l'attività del segnalante diviene uno strumento utile per prevenire possibili eventi corruttivi, nonché situazioni pregiudizievoli per l'Amministrazione, il Legislatore con la novella apportata all'art.54-bis ha inteso garantire al segnalante un sistema di protezione rafforzata, il quale si compone di tre livelli di tutela:

- tutela della riservatezza dell'identità, la quale non può mai essere rivelata - salvo i casi in cui la riservatezza non è opponibile per legge;
- tutela da eventuali misure ritorsive o discriminatorie adottate dall'ente a causa della segnalazione effettuata, quali demansionamento, licenziamento, trasferimento e, in generale, qualsiasi misura organizzativa che abbia effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro;
- esclusione dalla responsabilità nel caso in cui il *whistleblower* sveli, per giusta causa, notizie coperte dall'obbligo di segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico o industriale ovvero violi l'obbligo di fedeltà.

L'ANAC, con l'obiettivo di dare effettiva attuazione alla disciplina sopra richiamata, è intervenuta fornendo indicazioni operative alle Pubbliche Amministrazioni prima con le "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. Whistleblower*)" – approvate con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 – e successivamente con le "*Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. n.165/2001 (c.d. whistleblowing)*" – poste in consultazione pubblica il 24 luglio 2019 e formalmente adottate con successiva delibera n.469 del 9.6.2021. Tali ultime linee guida sono state predisposte da ANAC tenuto conto dei principi espressi in sede europea dalla 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. ANAC precisa tuttavia che "*le Linee guida prestano un carattere transitorio nei limiti in cui potranno successivamente essere adeguate rispetto al recepimento della citata Direttiva*". In proposito, si segnala che il recepimento da parte del Governo italiano (delegato con Legge

n.53/2021) della citata direttiva non è ancora intervenuto, benché la rispettiva scadenza sia fissata per il 31.12.2021. La Direttiva innalza gli standard di tutela per i *whistleblower*, prevedendo un'ampia gamma di protezioni in molteplici settori, tra i quali appalti pubblici, servizi finanziari, salute pubblica, protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi. Tra le principali novità introdotte dalla Direttiva si segnala l'estensione della protezione anche a soggetti ulteriori rispetto ai lavoratori dipendenti, quali tirocinanti e soggetti che a vario titolo assistono il *whistleblower* (ad esempio, parenti e colleghi).
L'IZSLER, in ottemperanza al dovere generale posto in capo alle Amministrazioni Pubbliche di prevedere specifiche misure atte a garantire la piena tutela al *whistleblower*, si è dotato inizialmente di una "*Procedura per la segnalazione da parte dei dipendenti di illeciti ed irregolarità, "Whistleblowing Policy*", approvata con decreto del Direttore Generale n. 378 del 5 dicembre 2014, successivamente superata dal "*Regolamento per la tutela del soggetto che effettua segnalazioni di illeciti (Whistleblower)*", adottato con decreto del Direttore Sanitario facente funzioni di Direttore Generale n.278/2019, previa valutazione della Direzione Amministrativa, del Gruppo di supporto del RPCT, del NVP e del Dirigente Responsabile della Formazione Biblioteca e Comunicazione.
Il Regolamento conforma la procedura seguita dall'IZSLER per la gestione delle segnalazioni di illeciti alla disciplina normativa vigente e alle Linee Guida ANAC del 24 luglio 2019, ancorché non formalmente adottate al momento dell'approvazione del Regolamento dell'Istituto. Il Regolamento fornisce al dipendente/collaboratore a qualsiasi titolo, che intende avvalersene, indicazioni operative chiare circa oggetto, destinatari, modalità di trasmissione della segnalazione, responsabilità connesse alla stessa e forme di tutela assicurate.
Onde garantirne la più ampia diffusione, il Regolamento è stato, inoltre, pubblicato sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", e nella pagina INTRANET dell'Istituto, nonché trasmesso tramite posta elettronica certificata a tutti i dipendenti dell'Istituto.
L'Istituto si è altresì dotato di un proprio sistema informatizzato di ricezione e gestione delle segnalazioni di illeciti, costituito da un portale *web*, creato per permettere l'avvio di iniziative di *whistleblowing* in modo sicuro e anonimo. Tale applicativo è stato conformato nel 2021 alle specifiche tecniche e funzionali richieste da ANAC con le citate Linee guida n.469/2021, da parte dei Sistemi Informativi dell'Istituto.
Nello stesso tempo, è stata prevista la possibilità per il dipendente di segnalare le condotte illecite e/o irregolari, di cui sia venuto a conoscenza, direttamente all'ANAC per mezzo del sistema predisposto dall'Autorità stessa.
Onde assicurare un'effettiva sensibilizzazione del personale sulla tematica del *whistleblowing*, l'Istituto ha predisposto, a far data da novembre 2019, uno specifico evento formativo fruibile in modalità FAD e rivolto a tutti i dipendenti.
Per completezza si ricorda altresì il Regolamento ANAC, approvato con delibera n.690 del 1.7.2020, "*per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro di cui all'art.54-bis decreto legislativo n.165/2001*", tramite il quale l'Autorità si prefigge l'obiettivo di esercitare il proprio potere sanzionatorio in materia in modo più efficiente e celere.

8.10 Formazione del personale

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

La formazione in questo ambito è inoltre finalizzata a fornire strumenti decisionali adeguati, che permettano di affrontare correttamente casi critici e situazioni lavorative problematiche, che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione.
A tal fine, è necessario che l'attività formativa sia struttura su due livelli principali:

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

Con l'obiettivo di diffondere la conoscenza in tema di prevenzione della corruzione, dal 2017 ad oggi sono stati organizzati dall'Istituto numerosi eventi formativi, volti ad approfondire vari aspetti della materia, tra i quali l'analisi dei processi, la trasparenza e l'accesso, la tutela della privacy, gli appalti pubblici, con particolare attenzione all'analisi dell'etica nel contesto delle amministrazioni sanitarie.
A partire dal mese di dicembre 2017, è stato messo a disposizione di tutti i dipendenti dell'Istituto un corso di formazione *online* illustrativo delle disposizioni e dei contenuti del Codice di Comportamento adottato nel 2017, il quale è stato fruito – tra il 2017 e il 2018 - da n.702 dipendenti. Tale evento è proseguito anche per gli anni 2019, 2020, 2021 quale misura di formazione continua, nei confronti di tutti i dipendenti neo-assunti ed i nuovi borsisti dell'Istituto. In particolare, nel corso del 2021 la formazione ad oggetto il Codice di Comportamento è stata seguita da n. 75 dipendenti. A seguito dell'approvazione nel corso del 2021 del nuovo Codice di Comportamento, verrà organizzata specifica attività formativa volta ad illustrarne contenuti e disposizioni durante il 2022.
Come suggerito dal RPCT, da novembre 2019 è fruibile per tutti i dipendenti uno specifico evento formativo concernente l'istituto del *whistleblowing* in modalità FAD. A ciò si è aggiunto, per il 2020, ulteriore attività formativa a distanza, dal titolo "*Ecologia delle relazioni dell'agente pubblico*". L'erogazione di tali corsi è proseguita anche per il 2021 e verrà erogata anche nel 2022 quale formazione obbligatoria per neo assunti e nuovi borsisti.
È utile precisare che la formazione in tema di etica e legalità, e più in generale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, valutata dal RPCT e disciplinata nel PTPCT, deve successivamente trovare riscontro nella programmazione del Piano Formativo, approvato con riferimento ad ogni anno.
I criteri di base cui attenersi nella programmazione di dettaglio sono:
a) la realizzazione di iniziative di carattere generale e di aggiornamento sulle tematiche dell'etica e della legalità, accompagnate da iniziative formative più specifiche, riguardanti particolari ambiti di interesse (ad es. tutela della *privacy*, il *whistleblower*, la deontologia professionale, la prevenzione della corruzione e la trasparenza nel settore dei contratti pubblici). Particolare attenzione deve essere rivolta ai neo-assunti, nel cui percorso formativo di inserimento devono essere previsti appositi moduli dedicati ai codici di comportamento nazionale e aziendale ed al PTPCT;
b) l'attuazione di iniziative formative specifiche per ciascuno dei soggetti della struttura di riferimento, in ragione delle rispettive competenze (RPCT e suoi collaboratori, Gruppo di supporto, Referenti, dirigenti e personale addetto a processi inseriti in Aree a rischio). Queste iniziative devono riguardare le politiche, i programmi e gli strumenti, utilizzati per la prevenzione della corruzione e per assicurare la regolare attuazione del nuovo accesso civico generalizzato, e devono essere declinate tenendo conto dei ruoli ricoperti dai singoli;
c) l'individuazione del personale da inserire nei percorsi formativi di carattere specifico, tenendo conto prioritariamente dei processi a maggior rischio corruzione, come individuati in sede di applicazione e aggiornamento del Piano;
d) il coinvolgimento in attività di formazione di dirigenti e funzionari interni, laddove siano disponibili all'interno dell'Amministrazione risorse con adeguate competenze professionali;
e) la verifica del grado di soddisfazione delle iniziative formative da parte dei partecipanti e

la raccolta di eventuali suggerimenti di approfondimento o miglioramento.
La formazione in tema di prevenzione della corruzione si colloca nel più ampio percorso formativo che l'Istituto, sulla base della programmazione annuale, attua a favore dei propri dipendenti, per assicurare lo sviluppo delle competenze, la diffusione di conoscenze generali e specifiche, la modifica dei processi di lavoro e dei comportamenti non coerenti, cui deve fare seguito un processo di consolidamento e di condivisione delle competenze acquisite.
Sulla base di quanto sopra, nel corso del 2021, nell'ambito del percorso formativo triennale *online* in materia di prevenzione della corruzione, come richiesto dal RPCT, è stato organizzativo un evento formativo di carattere generale in modalità FAD, rivolto a tutto il personale, dal titolo "*Guidare verso l'integrità*" (seguito da n.648 dipendenti). Il corso, a partire dalla descrizione del sistema decentrato di prevenzione della corruzione e delle strategie individuate in proposito da ANAC e applicate in Istituto, definisce ruoli e responsabilità per la prevenzione della corruzione e descrive gli strumenti e le misure di gestione del rischio, nonché l'apporto di ciascuno alla realizzazione del modello di anticorruzione individuato dall'Ente.
Inoltre, sempre nel 2021, nell'ambito della Giornata della Trasparenza, è stato organizzato l'evento formativo dal titolo "*L'evoluzione del diritto di accesso*", con l'obiettivo di condividere il percorso evolutivo dell'accesso, anche tramite l'esame di alcuni casi pratici in ambito sanitario che hanno coinvolto l'Istituto, illustrando il modello organizzativo e gli strumenti per l'esercizio di tale diritto previsti dall'Ente. L'evento è stato in complesso seguito da n.86 utenti, tra personale interno ed esterno all'IZSLER.
I referenti della trasparenza, il gruppo di supporto al RPCT e alcuni dipendenti individuati dal Dipartimento Amministrativo hanno altresì partecipato nel corso del 2021 al corso dal titolo "*Piano Formativo anticorruzione 2020-2021 – corso online per la formazione obbligatoria dei dipendenti pubblici*" volto ad illustrare gli strumenti principali dell'anticorruzione nella Pubblica Amministrazione (seguito da n.34 dipendenti). Le tematiche illustrate in questo evento formativo sono state ulteriormente approfondite dal personale dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza che ha seguito anche il corso "Piano Formativo Anticorruzione 2020-2021 - sezione formazione specialistica" (dalla durata complessiva di 32 ore). Infine, il personale dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza ha partecipato a fine 2021 ad un ulteriore evento formativo specifico dal titolo "*Aggiornamento intensivo per la redazione del piano triennale anticorruzione 2022-2024*".
Per raggiungere gli obiettivi prefissati è stata individuata, all'interno delle strutture dell'Istituto, la figura del "*referente per la formazione*", il cui compito è quello di facilitare la realizzazione dei percorsi formativi sia dei singoli che di struttura. Il referente interviene primariamente nella raccolta, nella valutazione e nella gestione delle esigenze; affianca il personale nelle attività finalizzate alla realizzazione di eventi formativi; monitora la realizzazione dei percorsi formativi dei singoli e di struttura.
L'Istituto gestisce il processo di sviluppo delle competenze e di riqualificazione del personale, nell'ambito del sistema di qualità, attraverso procedure codificate e diffuse. Nel prossimo futuro, l'Istituto adotterà un nuovo modello di gestione dei processi formativi attraverso l'utilizzo del cosiddetto "*dossier formativo*", strumento che consentirà di mappare le competenze e documentarne lo sviluppo individuale o di gruppo.

8.11 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.
I patti di integrità – come descritti nel PNA 2019 – "*sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto delle attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione*

amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici".
Per la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica, l'IZSLER incentiva e promuove l'utilizzo di protocolli di legalità e di *policy* anticorruzione. A decorrere dal 2016, anche i contratti per l'esecuzione dei progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figuri ente capofila o ente proponente l'accordo, prevedono il richiamo al rispetto dei protocolli di legalità adottati dall'IZSLER, pena la risoluzione per inadempimento.
L'uso dei patti di integrità è previsto anche per i contratti aventi ad oggetto prestazioni di laboratorio a pagamento. Tendenzialmente, quale buona pratica, il patto di integrità viene allegato anche agli accordi di collaborazione ex art.15 della legge n.241/1990 e alle convenzioni per attività formative (sia per tirocini che per scuole di specializzazione).
È utile ricordare, inoltre, la D.G.R. 17 giugno 2019, n.XI/1751, con cui Regione Lombardia ha dettato una particolare disciplina in merito ai Patti di integrità in materia di contratti pubblici.

8.12 Monitoraggio dei tempi procedimentali

Nel Piano 2014-2016, ciascuna struttura amministrativa dell'IZSLER è stata incaricata di individuare i termini per la conclusione dei procedimenti e delle attività di competenza, anche parziale, e di provvedere al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno trimestrale. Inoltre, veniva previsto che il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza di ogni struttura venisse riportato sul sito dell'IZSLER ed aggiornato periodicamente nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" e nella Carta dei Servizi.
Abrogato l'obbligo di pubblicazione da parte del d.lgs. n.97/2016, alle strutture amministrative viene comunque richiesto di rendicontare i tempi di conclusione dei procedimenti di competenza e di trasmettere la relativa reportistica al Direttore Amministrativo. Per il monitoraggio effettuato per il 2021 …….. inserire NOTA DA
Per quanto riguarda l'area sanitaria e quindi l'erogazione delle relative prestazioni, risulta fondamentale il monitoraggio dei tempi di esecuzione delle analisi e trasmissione dei rapporti di prova, che deve comunque tener conto della priorità assegnata ai campioni conferiti nell'ambito di controlli ufficiali. Tramite un *link* sul sito istituzionale è possibile accedere al rapporto contenente i tempi di risposta, che vengono costantemente monitorati dalla Direzione Sanitaria.
L'individuazione delle modalità *standard* di rendicontazione dei tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi, prevista dal precedente Piano, non è stata ancora attuata. Inoltre, un monitoraggio preciso dei tempi di conclusione dei procedimenti necessita di un supporto informatico, che manca, in grado di rendicontare, in modo automatico ed oggettivo, tale attività.
Il monitoraggio del rispetto dei tempi procedimentali delle strutture amministrative è confermato anche per l'anno 2022.

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

Come riportato nel Piano 2015, l'IZSLER, in applicazione dell'art.1, comma 9, lett. e), della l. n.190/2012, ha stabilito l'obbligo di acquisire le dichiarazioni dei componenti delle commissioni di gara, circa l'inesistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela con i soggetti partecipanti alla gara.
Al fine di monitorare il rispetto di tale obbligo, annualmente (entro il 31 gennaio) viene trasmesso da parte delle strutture interessate un apposito *report* al Direttore Amministrativo.
Per quanto riguarda la stipula di contratti aventi ad oggetto attività tecnica scientifica (accordi di collaborazione scientifica, convenzioni aventi ad oggetto attività formativa, accordi per l'esecuzione dei progetti di ricerca, limitatamente ai progetti in cui l'IZSLER figuri ente capofila o ente proponente l'accordo etc.) ovvero contratti attivi (affitti, locazioni, licenze, contratti per prestazioni di laboratorio etc.), vengono acquisite le dichiarazioni circa

l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del dirigente proponente. Tali dichiarazioni vengono verificate dal dirigente responsabile della struttura complessa di afferenza ovvero, per quest'ultimo, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo.
Tali misure sono confermate anche per il 2022.

8.14 Sistema di vigilanza su società e enti vigilati e controllati

La normativa di riferimento
Con deliberazione n.1134 dell'8 novembre 2017, l'ANAC ha adottato le "*Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*". Tali linee guida, confermate dal PNA 2019, sono da intendersi totalmente sostitutive dei precedenti provvedimenti emanati dall'Autorità. Esse rappresentano, pertanto, l'unica fonte interpretativa di riferimento per la corretta applicazione delle disposizioni in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte di società a controllo pubblico, enti di diritto privato in controllo pubblico, società partecipate e altri enti privati esercenti attività di pubblico interesse. Le nuove linee guida confermano la distinzione già operata da ANAC tra "*enti di diritto privato in controllo pubblico" e "enti di diritto privato non in controllo pubblico*" e stabiliscono i diversi adempimenti in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione a cui gli enti appartenenti alle predette categorie sono tenuti.
Per il primo profilo (trasparenza), il riferimento normativo è costituito dall'articolo 2-bis del d.lgs. n.33/2013; per il secondo (anticorruzione), dall'art.1, comma 2-bis della legge n.190/2012.
Alla luce dell'attuale quadro normativo, gli enti rientranti nella prima categoria e, quindi, gli "*Enti di diritto privato in controllo pubblico*" sono tenuti:

- ad applicare - in quanto compatibili - le disposizioni sulla trasparenza previste dal d.lgs. n.33/2013 e, quindi, a pubblicare sui propri siti *web* dati e documenti relativi alla loro organizzazione e alle loro attività e a garantire altresì l'accesso civico generalizzato;
- ad applicare i Piani Nazionali Anticorruzione, in quanto atti di indirizzo, e ad adottare misure integrative del "*modello 231*", finalizzate a prevenire i fenomeni corruttivi considerati dalla l. n.190/2012.

Diversamente, gli enti rientranti nella seconda categoria (Enti di diritto privato non in controllo pubblico):

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

Le pubbliche amministrazioni controllanti/partecipanti adottano iniziative per la promozione dell'integrità e della trasparenza negli enti controllati/partecipati e per la vigilanza sul rispetto da parte di questi ultimi di quanto disposto 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 SOCIETA'*) IN CONTROLLO PUBBLICO
• Società in cui una (o più) P.A. dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria – art.2359 cod. civ. (*controllo interno*); • Società in cui una (o più) P.A. dispone dei voti sufficienti a esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria – art.2359 cod. civ. (*controllo interno*); • 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. (*controllo esterno)*; • 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 (*controllo esterno*). 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 *in house.*	Associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, diversi dalle società: 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. Tutti e tre i requisiti devono sussistere contemporaneamente. * *per i criteri volti alla verifica della sussistenza di tale condizione si rinvia alle informazioni tecniche contenute nelle linee guida (p.14).*

TAB. N. 2 - ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO NON IN CONTROLLO PUBBLICO

SOCIETA' PARTECIPATE	ALTRI ENTI DI DIRITTO PRIVATO
Sono tali le società solo partecipate da P.A. che svolgono attività di pubblico interesse. Si tratta pertanto di società in cui la P.A. (o la società in controllo pubblico) detiene una partecipazione non di controllo.	Soggetti privati, associazioni, fondazioni ed altri enti - comprese società interamente private - anche in assenza di partecipazioni da parte di P.A. che: a) abbiano un bilancio superiore a 500.000*; b) svolgano attività di pubblico interesse, intendendosi per tale: • 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. (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*") 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).*

E' indispensabile in questa sede, al fine di consentire la corretta comprensione del sistema di vigilanza attuato dall'IZSLER sugli enti privati partecipati, effettuare una breve disamina anche delle disposizioni di cui all'art.22 del d.lgs. n.33/2013, avente quale rubrica "*Obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli enti pubblici vigilati e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato*" e del loro diverso ambito di applicazione rispetto alle nuove linee guida adottate da ANAC a novembre 2017[21].
Il citato articolo 22 dispone per le pubbliche amministrazioni l'obbligo di pubblicare (tra gli altri) i dati relativi agli enti di diritto privato in controllo pubblico e alle partecipazioni in società di diritto privato. In particolare, gli obblighi di pubblicazione riguardano i dati relativi:
• a tutte le società, controllate o anche soltanto partecipate;
• a tutti gli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo pubblico oppure, anche se non in controllo, comunque costituiti o vigilati, nei quali siano riconosciuti alle medesime pubbliche amministrazioni poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi.
Appare evidente come l'elenco dei soggetti presi in considerazione dall'art.22 sia diverso e più esteso di quello preso in considerazione dall'art.2-bis, che identifica l'elenco dei soggetti direttamente tenuti ad applicare – seppure con diversa intensità – le norme in tema di trasparenza. Ciò perché gli obblighi di pubblicazione che ricadono sulle pubbliche amministrazioni obbediscono ad una logica parzialmente differente dagli obblighi di pubblicazione, ricadenti direttamente in capo ai soggetti privati di cui si occupano le linee guida adottate da ANAC.
Nel primo caso, si tratta di definire obblighi di pubblicazione volti a dare una conoscenza completa dell'intero sistema di partecipazione di una determinata pubblica amministrazione; nel secondo, si tratta di obblighi ricadenti direttamente sugli enti privati. A dimostrazione di ciò, nell'art.22, si riscontrano definizioni diverse e non corrispondenti a quelle adottate in altre parti del d.lgs. n.33/2013 e nelle linee guida ANAC. Ad esempio, la definizione di "*enti di diritto privato, comunque denominati*" di cui all'art.22 non corrisponde a quelle di "*enti in controllo pubblico*" e di "*enti non in controllo pubblico*" contenute nelle linee guida ANAC.
È necessario pertanto distinguere gli obblighi generali previsti dal d.lgs. n.33/2013, a cui sono tenuti i soggetti elencati all'art.2-bis, e quelli specifici ricadenti in capo alle sole pubbliche amministrazioni disposti dall'art.22. Questi ultimi sono, infatti, più ampi e sono volti a garantire la totale trasparenza in ordine a qualsivoglia relazione intercorrente tra amministrazioni pubbliche ed enti di diritto privati.

Le partecipazioni dell'IZSLER
Ai sensi dell'art.24 del d.lgs. 19 agosto 2016, n.175 "*Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica*", così come integrato dal successivo d.lgs. 16 giugno 2017, n. 100, *"[…] entro il 30 settembre 2017, ciascuna amministrazione pubblica effettua con provvedimento motivato la ricognizione di tutte le partecipazioni [societarie] possedute alla data di entrata in vigore del presente decreto [23 settembre 2016], individuando quelle che devono essere alienate*". L'IZSLER ha adempiuto a tale obbligo con decreto del Direttore Generale n.332 del 19 agosto 2017, nel quale – a seguito di apposita ricognizione effettuata dall'U.O. Gestione Servizi Contabili – si è dato atto dell'assenza di partecipazioni societarie alla data fissata dal Testo Unico, nonché delle partecipazioni di carattere non societario detenute dall'Istituto alla medesima data. Ai sensi del combinato disposto dei commi primo e quinto del succitato art.24, il provvedimento ricognitivo è stato trasmesso alla competente sezione regionale di controllo della Corte dei Conti e gli esiti della ricognizione sono stati comunicati al Ministero del Tesoro. Successivamente alla ricognizione - in data 23 marzo 2017 - l'Istituto ha aderito alla società consortile a responsabilità limitata "*GAL Golem Valle Trompia e Colline Prealpi Bresciane*" per una quota pari al 3,18% e un valore nominale di € 318,00 (trecentodiciotto/00), allo scopo ultimo di avere la possibilità di partecipare al Piano di Sviluppo Locale nell'ambito del Programma di Sviluppo della Regione Lombardia e di

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

accedere ai relativi finanziamenti. Tuttavia, l'esclusione del GAL Golem dal predetto Programma ha determinato la carenza di interesse per l'IZSLER a proseguire la partecipazione societaria. Conseguentemente, con decreto del Direttore Generale n.538/2018, l'Istituto ha formalizzato il proprio recesso dalla società consortile.

Alla luce di quanto sino ad ora illustrato - alla data di adozione del presente PTPCT - il sistema di partecipazione dell'IZSLER è costituto dai seguenti enti di diritto privato:
• Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
• Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche.

A.I.Z.S.
L'associazione temporanea di scopo denominata "*Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali*" (A.I.Z.S.) è stata costituita nel 2011 - esclusivamente tra gli Istituti Zooprofilattici - per promuovere il sistema qualità nei laboratori dei dieci II.ZZ.SS. e rappresentare unitariamente le esigenze di questi ultimi in seno all'ente nazionale di accreditamento ACCREDIA. A partire dall'entrata in vigore del D.lgs. n.39/2013 (recante la disciplina delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi conferiti - tra gli altri - presso gli enti privato in controllo pubblico), in ragione della qualificazione giuridica e della partecipazione totalmente pubblica dell'Associazione, sono state acquisite e pubblicate nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" dell'IZSLER le dichiarazioni previste dall'art.20 del predetto d.lgs. relative all'Amministratore dell'A.I.Z.S.
Coerentemente all'allora vigente determinazione dell'ANAC n.8/2015 - poi integralmente abrogata dalla Linee Guida datate 8 novembre 2017 - l'Associazione a gennaio 2016 provvedeva alla nomina del Direttore Amministrativo dell'IZSLER, quale proprio Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ed approvava i PTPC e PTTI per gli anni 2016-2018[22]. Nell'ambito del sito *internet* dell'IZSLER, nel corso del 2016 veniva, infine, realizzata un'apposita sezione denominata "*società trasparente*", nella quale venivano pubblicati tutti i dati, le informazioni e i documenti volti a favorire la trasparenza dell'Associazione (compresi i predetti Piani).
L'art.3, comma 2, del d.lgs. n.97/2016, introduttivo dell'art.2-bis al d.lgs. n.33/2013, ha limitato l'applicazione degli obblighi di pubblicazione in tema di trasparenza "*alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro*", facendo venir meno qualsivoglia obbligo di pubblicazione a carico di A.I.Z.S[23]. Per tale ragione, con nota del 18 gennaio 2017, il Direttore Amministrativo dell'IZSLER, ha comunicato a tutti gli II.ZZ.SS. che, in ragione dell'avvenuta modifica legislativa, l'Associazione non avrebbe adottato ulteriori PTPCT, né aggiornato le pubblicazioni nella sezione "*Società trasparente*".
Diversamente l'IZSLER, in conformità a quanto disposto dall'art.22 del d.lgs. n.33/2013, continua a pubblicare e ad aggiornare nella propria sezione "Amministrazione Trasparente" i dati relativi ad A.I.Z.S. Ciò al fine di garantire la massima trasparenza dell'intero "*sistema di partecipazioni*" dell'Istituto. Ugualmente, nella medesima sezione del sito *internet*, sono pubblicate le dichiarazioni rese *ex* art.20 del d.lgs. n.30/2013 dall'Amministratore di A.I.Z.S.

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*

[22] È utile ricordare che A.I.Z.S., non ha dipendenti. La limitata attività è stata assicurata sino a gennaio 2019 dagli uffici amministrativo dell'IZSLER. Attualmente l'attività è svolta dagli uffici amministrativi dell'IZS della Puglia e della Basilicata.
[23] L'Associazione ha un bilancio ridotto (2016: disavanzo di gestione - € 1.949,92; 2017: disavanzo di gestione -1.959,96; 2018: disavanzo di gestione -1.998,91; 2019: disavanzo di gestione - € 245,44).

zootecnico e veterinario", con particolare riferimento "*al territorio della provincia di Brescia*".
Lo Statuto della Fondazione prevede quali propri organi il Consiglio Generale (organo di indirizzo), il Presidente e il Comitato Direttivo (organi di amministrazione), il Collegio dei Revisori (organo di controllo) e il Comitato Tecnico Consultivo (organo consultivo).
Lo Statuto riserva all'IZSLER la nomina di un proprio rappresentante a membro del Consiglio Generale. I restanti componenti sono nominati dalla CCIAA e dalla Provincia di Brescia, dalla Fondazione "*Istituzioni Agrarie Raggruppate*", da UBI Banco di Brescia S.p.a. e da UBI Banca S.p.a.; il Presidente è eletto dal Consiglio Generale; il Comitato Direttivo è composto dal Presidente e da due membri designati (a maggioranza) dal Consiglio Generale. Lo statuto prevede altresì che il Direttore Generale dell'IZSLER sia membro di diritto del Comitato Tecnico Consultivo.
La lettura delle norme statutarie disciplinanti la nomina dei membri del Consiglio Generale, l'elezione del Presidente e la designazione dei componenti del Comitato Direttivo inducono ad escludere la qualificazione della Fondazione quale "*ente privato in controllo pubblico*", in quanto non tutti i membri dell'organo di indirizzo (Consiglio Generale) sono nominati da enti pubblici (UBI Banco di Brescia S.p.a. e da UBI Banca S.p.a. hanno personalità giuridica di diritto privato). Né gli organi di amministrazione (Presidente e Comitato Direttivo) sono nominati/designati da enti pubblici, essendo espressione del Consiglio Generale.
Anche l'ulteriore requisito richiesto dalle linee guida ANAC per la qualificazione della Fondazione quale ente in controllo pubblico (attività finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi consecutivi negli ultimi tre anni da 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. Per la verifica di tale aspetto occorrerebbe tuttavia esaminare i bilanci della Fondazione.
Invero apparirebbe forzata la collocazione della Fondazione anche nella categoria degli "*Enti non in controllo pubblico*" prevista dalle 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*". La Fondazione, infatti, non esercita funzioni amministrative (attività di istruttoria in procedimenti di competenza dell'IZSLER; funzioni di certificazione o di accertamento, di autorizzazione, etc.); non espleta attività di servizio pubblico a favore dei cittadini sulla base di un affidamento disposto dall'IZSLER; non svolge, infine, attività di produzione di bene e servizi a favore dell'IZSLER[24].
Diversamente, considerato quanto precisato in merito all'ambito di applicazione dell'art.22 del d.lgs. n.33/2013, si ritiene che l'IZSLER abbia, quale 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. Per tale ragione nella apposita sezione di Amministrazione Trasparente come per gli anni passati continueranno ad essere pubblicati i dati e le informazioni elencati dal predetto articolo relativi alla Fondazione.
Ugualmente, nella medesima sezione del sito *internet*, sono pubblicate le dichiarazioni rese ex art.20 del d.lgs. n.39/2013 dal Prof. Mario Colombo, quale membro del Consiglio Generale della Fondazione in rappresentanza dell'IZSLER.
Quale iniziativa volta a promuovere la prevenzione della corruzione e favorire la massima trasparenza, con nota prot. n.1466/2018 l'Istituto ha inviato alla Fondazione un'apposita relazione illustrativa dei contenuti delle nuove linee guida adottate da ANAC e delle misure di contrasto alla corruzione in esse previste.

9 Relazione annuale 2021

Il termine per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione Annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare, ai sensi dell'art.1 comma 14 della l. n. 190/2012, quest'anno, è stato prorogato alla data del 31 gennaio 2022 (cfr. Comunicato del Presidente dell'ANAC del 17 novembre 2021).

[24] Si veda in particolare l'esemplificazione delle attività di interesse pubblico operata da ANAC a pag. 19 delle nuove linee guida datate 8 novembre 2017.

La relazione annuale costituisce un importante strumento di monitoraggio circa l'attuazione del PTPCT, nonché uno strumento indispensabile per la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione in esso previste.
La relazione relativa all'anno 2021 è stata presentata in bozza dal RPCT al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data 14 gennaio 2022 e presentata al Consiglio di Amministrazione in data 20 gennaio 2022.

PARTE V -SEZIONE TRASPARENZA

10 Premessa

La trasparenza viene definita dal d.lgs. n.33/2013, così come modificato dal d.lgs. n.97/2016, come "*accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*".

La trasparenza amministrativa è divenuta una regola generale dell'attività e dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni nonché uno strumento che concorre all'effettiva attuazione del principio democratico e dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

Come rilevato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 20/2019, la trasparenza costituisce anche 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. Tale obiettivo può trovare realizzazione solo nel rispetto dei criteri di qualità dei contenuti pubblicati, definiti dal Legislatore all'art.6 del d.lgs. n.33/2013.

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

Per la realizzazione della trasparenza, nonché per l'attività di verifica sull'adeguatezza del livello raggiunto, ci si è riferiti all'evoluzione delle linee guida e degli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione. In particolare:

- **Linee Guida** recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5 comma 2 del d.lgs. n.33/2013, di cui alla determinazione n.1309 del 28.12.2016;
- Prime **Linee Guida** recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n.33/2013 come modificato dal d.lgs. n.97/2016, di cui alla determinazione n.1310 del 28.12.2016;
- **Linee Guida** recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 "*Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali*" come modificato dall'art.13 del d.lgs. n.97/2016, di cui alla **delibera n.241** dell'08.03.2017;
- **Delibera n.382 del 12.04.2017** di "*Sospensione dell'efficacia della delibera n.241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art.14 co. 1, lett. c) ed f) del d.lgs. n.33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN*", in attesa della definizione nel merito del giudizio o in attesa di un intervento legislativo chiarificatore;
- **Delibera n.586 del 26.06.2019** recante **"***Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n.241 per l'applicazione dell'art.14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n.33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019*";
- **Delibera n.1126 del 04.12.2019** recante "*Rinvio alla data del 1° marzo 2020 dell'avvio dell'attività di vigilanza dell'ANAC sull'applicazione dell'art.14, co.1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione dell'efficacia della delibera ANAC N.586/2019 limitatamente all'applicazione dell'art.14 co.1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa*";
- **Delibera n.1054 del 25.11.2020** recante "*Interpretazione della locuzione 'enti di diritto privato regolati o finanziati della pubblica amministrazione' e di 'svolgimento di attività professionali' di cui all'art.15, co.1, lett.c) del d.lgs. n.33/2013*";
- **Delibera n.1047 del 2511.2020** recante "*Pubblicazione dei dati sui compensi concernenti gli incentivi tecnici di cui all'art.113, d.lgs. 50/2016, al personale dipendente*";

- **Delibera n.468 del 16.6.2021** avente ad oggetto "*Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27 d.lgs. 33/2013): superamento della delibera numero 59 del 15 luglio 2013 (…);*
- **Delibera n.747 del 10.11.2021** recante "*Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n.33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione"*

All'interno di tale quadro di riferimento vengono individuate:

- misure e strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, anche di natura organizzativa, dirette ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, ai sensi degli articoli 10 e 43, comma 3 del d.lgs. n.33/2013;
- azioni e strumenti attuativi, anche di natura organizzativa, diretti ad assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, ai sensi degli articoli 5 e 43, comma 4 del d.lgs. n.33/2013;
- misure di trasparenza ulteriori rispetto agli specifici obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, attraverso la pubblicazione dei c.d. "*dati ulteriori*" nella sotto-sezione di I livello "*Altri contenuti*" nella sezione "*Amministrazione Trasparente*".

In materia sono intervenuti, inoltre, i seguenti comunicati del Presidente di ANAC:

- Comunicato del 12 aprile 2017 "*Determinazione n.241 dell'8 marzo 2017 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art.13 del d.lgs. n.97/2016*" – sospensione dell'efficacia limitatamente alla pubblicazione dei dati di cui all'art.14, comma 1, lett. c) ed f), del d.lgs. n.33/2013 per i titolari di incarichi dirigenziali;
- Comunicato del 17 maggio 2017 "*Chiarimenti in ordine alla pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti (art.14, co.1-ter, del d.lgs. n.33/2013)*";
- Comunicato dell'8 novembre 2017 "*Pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti (art.14, co.1-ter, del d.lgs. n.33/2013)*";
- Comunicato del 7 marzo 2018 "*Determinazione dell'8 marzo 2017 n.241 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art.13 del d.lgs. n.97/2016" – sospensione dell'efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art.14, co. 1-ter, ultimo periodo del d.lgs. n.33/2013*";
- Comunicato del 16 marzo 2018 "*Obbligo di adozione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione con validità 2018- 2020*", il quale chiarisce come a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n.97/2016, il PTPC deve essere integrato con il Programma per la trasparenza: "*la necessaria integrazione degli obiettivi di trasparenza con il Piano della Performance necessita di una loro previsione annuale nell'ambito della programmazione su base triennale*";
- Comunicato del 23 luglio 2019 "*Pubblicazione del testo integrale dei contratti di acquisto di beni e servizi di importo unitario superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale, e dei suoi aggiornamenti, dopo l'abrogazione dell'art 1, comma 505, della legge di stabilità 2016, operata dall'art.217 del codice dei contratti pubblici*.";
- Comunicato del 9 aprile 2020 "*Indicazioni in merito all'attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190, e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, nella fase dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e all'attività di vigilanza e consultiva dell'ANAC*";
- Comunicato del 1° luglio 2020 "*Attuazione della trasparenza amministrativa: indicazioni in merito alla indicizzazione delle pagine della sezione 'Amministrazione Trasparente'*".
- Comunicato del 29 luglio 2020 "*Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18 recante 'Misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19', convertito in legge 24 aprile 2020, n.27*" così come

successivamente integrato con Comunicato del 7 ottobre 2020.
Importante riferimento per la realizzazione della trasparenza è costituito inoltre dalla sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019.
In materia di diritto di accesso rilevano:

- Reg. UE 2016/679 ("*GDPR*"), entrato in vigore il 25 maggio 2018;
- D.lgs. n.101/2018, contenente modifiche al d.lgs. n.196/2003 ("*Codice Privacy*"), entrato in vigore il 19 settembre 2018;
- Comunicato del Presidente ANAC del 27 aprile 2017 "*Chiarimenti sull'attività di ANAC in materia di accesso civico generalizzato*";
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 30 maggio 2017, n. 2/2017 recante "*Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato*" (c.d. FOIA);
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 1/2019 del 28 giugno 2019 "*Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*".

L'Istituto per assicurare un costante confronto sul tema partecipa al Gruppo Interaziendale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Lombardia.

11 Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico

Il d.lgs. n.33/2013 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Dare completa attuazione alla trasparenza garantisce, infatti, un adeguato livello sia di informazione che di legalità, tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.
L'Istituto, in conformità con quanto previsto dall'art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013 individua gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico nell'ambito della promozione di livelli sempre maggiori di trasparenza.
L'Istituto ha individuato per l'anno 2022 l'obiettivo strategico "*PTPCT 2022-2024: misure attuative e pubblicazione dei dati*", il quale impegnerà all'aggiornamento delle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente tutte le strutture interessate delle pubblicazioni stesse.
Tale obiettivo sarà tradotto in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture e ai loro Dirigenti.

11.1 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.
In particolare, l'accesso civico si affianca, senza sovrapporvisi, all'istituto dell'accesso documentale, consentendo a chiunque – cittadini singoli ed associati –l'accesso alla generalità degli atti e delle informazioni detenute dalla Pubblica Amministrazione, a prescindere da un particolare requisito di qualificazione e senza onere di motivazione. In tal modo, l'accesso diviene strumento di coinvolgimento dei cittadini nella cura della "*cosa pubblica*", oltreché di misura di contrasto della corruzione e di garanzia dell'imparzialità e del buon andamento dell'amministrazione.[25]

[25] Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 6 marzo 2019, n. 1546 in cui si afferma altresì che "*L'accesso previsto dalla l. n. 241/1990 è garantito "agli interessati", non essendo sufficiente la semplice curiosità, ma risultando invece necessario un interesse di base differenziato e meritevole di tutela, secondo la titolarità e nei limiti dell'utilità di una posizione giuridicamente rilevante, ancorché ricostruita dalla giurisprudenza dominante non già come diritto soggettivo ma come interesse legittimo. L'accesso civico generalizzato è, invece, esteso a qualunque soggetto, singolo o associato, senza necessità di dimostrare un particolare interesse qualificato a*

Il concetto di accessibilità totale di dati e informazioni relativi all'azione amministrativa si lega inoltre oggi con il concetto di *accountability*, inteso come obbligo di ogni pubblica amministrazione di dare conto del proprio operato.
L'Istituto, al fine di semplificare l'esercizio del diritto di accesso, come richiesto dalla Circolare FOIA n.2/2017 e ribadito con successiva circolare n.1/2019 della Funzione Pubblica, 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 - attraverso i quali il cittadino è agevolato sia nell'esercizio in senso stretto del diritto di accesso civico semplice e generalizzato sia nella tutela e nella difesa dei propri interessi privati alla protezione dei dati personali, alla libertà e segretezza della corrispondenza e/o a tutela dei propri interessi economici commerciali ai sensi dell'art.5-bis, comma 2 del d.lgs. n.33/2013 – e quindi nella redazione dell'opposizione all'accesso e/o nell'istanza di riesame ai sensi dell'art.5 comma 7, 8 e 9 del d.lgs. n.33/2013.
Nel corso del 2019 la modulistica ad uso dell'utenza è stata rivista ed adeguata alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Successivamente, nel corso del 2020 tali moduli sono stati aggiornati con i nominativi e recapiti del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del RPCT di nuova nomina.
L'Istituto – come anche ribadito nella Circolare FOIA n. 1/2019 – garantisce che il sistema di protocollo informatico gestisca al suo interno l'organigramma aggiornato dell'amministrazione, e permetta di gestire il procedimento di accesso in tutte le sue fasi, dall'acquisizione della richiesta alla decisione finale.
A riguardo, per agevolare l'esercizio del diritto di accesso e contestualmente gestire in modo efficiente le relative istanze da luglio 2017 l'Istituto ha provveduto all'adozione del registro degli accessi contenente informazioni non nominative relative alle richieste di accesso ricevute dall'amministrazione, con indicazione dei relativi esiti. A partire dal mese di aprile 2018 è stato, inoltre, realizzato un modulo software per la gestione e pubblicazione di tale registro, integrato con il sistema interno di protocollo. Il registro, suddiviso nelle tre tipologie di accesso, viene aggiornato e pubblicato trimestralmente, come suggerito dalla circolare FOIA n.2/2017.
Nel corso dei primi mesi del 2020, il registro degli accessi è stato revisionato alla luce delle "*Indicazioni operative per l'implementazione del registro degli accessi FOIA*" predisposte dal Dipartimento della funzione pubblica, le quali prevedono specifiche tecniche che consentano l'esportazione dei dati del registro in formato XML per la pubblicazione.
L'Istituto, alla luce delle novità normative in tema di tutela dei dati personali, ha provveduto a specificare ai sensi dell'art.6 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") la base giuridica legittimante il trattamento di dati personali oggetto delle istanze di accesso individuandola nel perseguimento di finalità istituzionali attribuite dalla normativa vigente all'Ente e/o nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri e, per quanto riguarda l'accesso civico nell'adempimento di un obbligo di legge al quale è soggetto l'Istituto.
Come prescritto dall'art.30 del GDPR, tali riferimenti sono, altresì, puntualmente precisati nel registro delle attività di trattamento dell'Istituto, così come revisionato nel corso del 2021, il quale, con riferimento all'istituto dell'accesso, riporta – oltre alla base giuridica ai sensi dell'art.6 del GDPR - la finalità del trattamento, la localizzazione dei dati, l'eventuale presenza di un contitolare, la categoria di interessati e la tipologia di dati personali coinvolti, la presenza di categorie di destinatari a cui i dati sono/possono essere comunicati, l'eventuale trasferimento dati, il periodo di conservazione e le misure di sicurezza adottate e/o da adottare. Ulteriormente, il registro indica: la base giuridica per il trattamento di particolari categorie di dati ai sensi dell'art.9 del GDPR; eventuali modalità particolari di trattamento; la fonte dei dati personali; la necessità del consenso degli interessati per il trattamento; le modalità di conservazione dei dati; la denominazione di eventuali responsabili esterni. All'interno del registro è altresì riportato il risultato della valutazione del rischio del trattamento di dati personali coinvolti nell'ambito dei

richiedere gli atti o le informazioni, secondo il modello del Freedom of Information Act (FOIA)".

procedimenti di accesso ai documenti amministrativi e di accesso civico: nel primo caso il rischio è stato identificato come basso, mentre nel secondo caso, il rischio è risultato medio.
In conformità a quanto prescritto dagli artt.13 e 14 del GDPR, l'Istituto a partire dal secondo semestre del 2019 ha, inoltre, provveduto ad aggiornare le informative in materia di accesso civico e di accesso documentale, includendovi tutte le indicazioni fornite dalla normativa, fra cui i dati di contatto del DPO, la determinazione delle finalità e della base giuridica del trattamento, l'elencazione dei principali diritti dell'interessato.
L'Istituto presta inoltre particolare attenzione, nell'ambito dei procedimenti in materia di accesso, all'eventuale gestione di "*dati particolari*" indicati dall'art.9 del GDPR, come nuova categoria che comprende oltre ai dati che rivelano l'originale razziale e etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, i dati relativi alla salute, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale, "*anche i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica*", nel presupposto che il trattamento dei predetti dati possa avvenire esclusivamente nelle ipotesi indicate nel comma 2 dell'art.9 GDPR, quali, a titolo esemplificativo i casi nei quali vi è il consenso dell'interessato o sussiste la necessità del trattamento per motivi di interesse pubblico rilevante.
Altrettanta cautela è riservata da parte dell'Istituto al trattamento dei dati personali eventualmente coinvolti relativi a condanne penali e reati, nel rispetto dei requisiti di cui all'art.10 del GDPR.
Più in generale, nell'evasione delle istanze di accesso l'Istituto si impegna a privilegiare le modalità meno pregiudizievoli per i diritti dell'interessato, optando per l'ostensione di documenti con l'omissione dei *"dati particolari*" in esso presenti, laddove l'esigenza informativa alla base dell'istanza di accesso possa essere ugualmente soddisfatta.
Come nel 2019 e nel 2020, anche nell'anno 2021 è stato realizzato il monitoraggio periodico (31 maggio/31 ottobre) per la valutazione del raggiungimento del 100% del target in ordine al "*rispetto delle tempistiche adottate dal regolamento*" da parte delle strutture competenti, con specifico riferimento all'accesso civico. Tale monitoraggio ha avuto un riscontro positivo, tenuto conto che in entrambi i periodi il target è stato raggiunto al 100%.
Per quanto concerne infine, il numero di richieste di accesso nelle sue diverse declinazioni pervenute a questo Istituto nell'anno 2021 si dà atto di aver ricevuto precisamente:

- N. 29 richieste di accesso documentale, di cui n.16 accolte, n.7 rigettate, n.5 differite (di cui n.4 con successivo accoglimento e n.1 attualmente in differimento). Di queste n.20 hanno riguardato documenti in ambito amministrativo e n.9 documenti sanitari.
- N.12 richieste di accesso civico generalizzato, tutte aventi ad oggetto dati di carattere sanitario e tutte accolte. Nel corso dell'anno non sono pervenute richieste di accesso civico semplice.

Tenuto conto dell'evoluzione delle richieste di accesso, sia in termini numerici che di complessità, nel corso del 2021 della giornata della trasparenza, è stato organizzato un evento formativo dal titolo "l'evoluzione del diritto di accesso", volto a condividere con i dipendenti e con i soggetti esterni interessati, il percorso evolutivo del diritto di accesso, tramite l'illustrazione del modello organizzativo e degli strumenti previsti in Istituto, anche attraverso l'esame di alcuni casi pratici in ambito sanitario.

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

Per il 2021 le misure in tema di trasparenza programmate e assegnate alle strutture coinvolte dagli obblighi di pubblicazione, hanno riguardato il rispetto dei requisiti di completezza, aggiornamento e formato aperto dei contenuti pubblicati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*". Pertanto, in relazione a tali adempimenti il RPCT, nei mesi di giugno e dicembre 2021, ha svolto il monitoraggio delle pubblicazioni dell'intera sezione "*Amministrazione Trasparente*".
A ciò si deve aggiungere l'attestazione, con riferimento alla data del 31 maggio 2021, del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi della delibera ANAC n.294/2021. Nel documento, il NVP attestava la "*veridicità e l'attendibilità*" di quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione rispetto al contenuto degli

obblighi indicati con la sopra citata delibera ANAC rilevando altresì come l'Istituto avesse individuato le misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" nonché, come richiesto dalla norma, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art.10 del d.lgs. n.33/2013e 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.
Anche per il 2022 è prevista quale misura in tema di trasparenza posta in capo alle Strutture responsabili delle pubblicazioni – oltre allo stretto assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente - il rispetto dei requisiti di completezza, aggiornamento e formato aperto dei contenuti pubblicati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", nonché, il corretto sviluppo dei contenuti stessi, avuto riguardo anche alle novità normative di interesse specifico, ed il relativo monitoraggio e controllo.
Come per il 2019 e il 2020, anche per il 2021 le strutture competenti alla pubblicazione nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" hanno provveduto al censimento ai sensi dell'art.8, comma 3, del d.lgs. n.33/2013 dei contenuti per i quali fosse scaduto il termine di pubblicazione e pubblicati nel 2015, i quali, come indicato dalla norma, sono stati successivamente eliminati da parte dei Sistemi Informativi. Analogamente si provvederà nel 2022 con riferimento ai contenuti pubblicati nel 2016.

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

In linea con quanto avviato negli anni 2017-2021, compito dell'Istituto anche per l'anno 2022 sarà quello di assicurare la diffusione massima delle conoscenze riferite alle procedure di gestione delle richieste di accesso.
Al tal fine, l'URP, si impegna ad offrire all'utenza tutte le informazioni sulle modalità di esercizio del diritto di accesso ai dati, documenti ed informazioni detenuti stabilmente dall'Ente, secondo quanto stabilito dal vigente Regolamento dell'Istituto in materia, fornendo altresì alle strutture interne il necessario supporto nell'evasione delle richieste. In particolare, con riferimento all'accesso civico generalizzato, l'Ufficio, quale
"*centro di competenza*" (c.d. *help desk*) fornisce assistenza al richiedente l'accesso e ~~di~~ assicura la capillare diffusione interna delle informazioni riguardanti gli strumenti procedurali ed organizzativi impiegati dall'Istituto per l'attuazione della normativa.
Le funzioni, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Ufficio, sono definite nell'apposito Regolamento– adottato per la prima volta con Decreto del Direttore Generale n.664 del 22 dicembre 2011 e revisionato nel corso dell'anno 2018 con decreto del Direttore Generale n.484 in data 13.11.2018. Il Regolamento è pubblicato nella sezione "*Amministrazione Trasparente*".
Per quanto concerne la definizione dei singoli ruoli e delle responsabilità, si ricorda che ai sensi del vigente Regolamento dell'Istituto in materia di diritto di accesso (art.13), responsabili del procedimento per l'accesso documentale sono i dirigenti della struttura competente a detenere il documento richiesto, e nel caso di documenti aventi natura infra-procedimentale, i dirigenti della struttura competente a detenere stabilmente il documento.
Ai sensi dell'art.25 comma 4 del menzionato Regolamento, le richieste di accesso civico semplice sono da indirizzare al RPCT in quanto soggetto preposto al controllo sull'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.
Nell'ambito del procedimento di accesso civico generalizzato sono individuate quali figure centrali il **Direttore Amministrativo** e il **Direttore Sanitario**, per le domande riferite a documentazione/dati/informazioni rispettivamente di tipo amministrativo di tipo sanitario. Precisamente, ai sensi dell'art.29 del Regolamento, compete a tali figure la valutazione formale della richiesta e la sua trasmissione (entro e non oltre cinque giorni lavorativi) alla

struttura in possesso del documento/dato/informazione richiesto, oltre che la successiva evasione finale della domanda.
Tale scelta organizzativa, ha la finalità di mantenere ad un livello superiore la titolarità della decisione e le conseguenti responsabilità. Nondimeno costituisce un'operazione di coordinamento, a garanzia della coerenza ed omogeneità nelle risposte.
Considerate le criticità derivanti dal difficile e mutevole bilanciamento fra esigenze di tutela della riservatezza ed esigenze di accessibilità dei dati e delle informazioni in possesso dell'amministrazione, tenuto conto delle novità del GDPR, anche nel procedimento di accesso diviene essenziale il compito di consulenza assegnato al ~~del~~ DPO, il quale dovrà potersi declinare nell'assistenza ai dirigenti delle strutture competenti a detenere i documenti e al RPCT nella trattazione ed evasione rispettivamente delle istanze di accesso documentale e delle istanze di accesso civico.

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

Come formalmente rilevato nel corso dell'anno 2021 da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in occasione dell'annuale verifica disposta da ANAC sui contenuti pubblicati, l'Istituto ha individuato "*misure organizzative*" in grado di assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati.
Pertanto, il modello di *governance* individuato per la prima volta con il PTPCT 2018-2020, integrato in occasione del PTPCT 2019-2021 con alcune precisazioni in merito ai compiti attribuiti e confermato nei Piani 2020-2022 e 2021-2023, viene mantenuto anche per l'anno 2022.

RESPONSABILE	COMPITI
RPCT	Predisporre la proposta di PTPCT e dei relativi aggiornamenti annuali- sezione Trasparenza; 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 delle pubblicazioni in "*Amministrazione Trasparente*"	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, anche con riferimento agli aspetti della tutela della riservatezza e del corretto trattamento dei dati personali; 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 al RPCT in merito alle scelte operate.
Referenti della trasparenza (individuati nel PTPCT)	Supportare il RPCT e i Dirigenti/Direttori responsabili delle pubblicazioni al fine di garantire il tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza secondo quanto indicato nell'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al presente Piano; Supportare il Dirigente/Direttore nelle attività di monitoraggio e di controllo previste; Informare tempestivamente il RPCT di eventuali criticità rilevate in merito agli adempimenti degli obblighi in materia di trasparenza.
Operatori	Predisporre i contenuti per la pubblicazione da parte del responsabile della pubblicazione.
Dirigente Responsabile Sistemi Informativi	Gestire la sezione del sito "*Amministrazione Trasparente*"; Individuare idonee ed adeguate soluzioni informatiche per le attività del 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 "*Amministrazione Trasparente*" salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente; Gestire il sistema informativo di monitoraggio e di profilazione degli utenti.

Responsabile della protezione dei dati personali	Supportare il RPCT, i responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente" 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 "*Amministrazione Trasparente*" alla normativa in materia di protezione dei dati personali.
Nucleo di valutazione delle prestazioni	Verificare la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT - sezione Trasparenza e il Piano della Performance; Rilevare e attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro i diversi termini prescritti da ANAC, anche con riferimento a profili qualitativi, relativi alla completezza del dato pubblicato, all'aggiornamento ed al formato di pubblicazione nonché attestare l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente.

All'interno del quadro così delineato, il RPCT ha un ruolo di coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i responsabili della pubblicazione nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti ed informazioni.
Ai sensi dell'articolo 43 comma 3 e ss., del d.lgs. n.33/2013 e dell'articolo 6 della legge n.241/1990 ogni direttore/dirigente è infatti responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo. Il responsabile della pubblicazione definisce i contenuti da pubblicare per adempiere all'obbligo, provvede alla pubblicazione o eventualmente dispone la pubblicazione per il tramite dei Sistemi Informativi dei dati/informazioni e ne cura l'aggiornamento secondo le tempistiche stabilite e la qualità richiesta, effettua i controlli e gli adeguamenti necessari suggeriti dal RPCT propedeutici allo svolgimento dall'azione di controllo e del monitoraggio di competenza di quest'ultimo.
I Sistemi Informativi garantiscono ai responsabili della pubblicazione il supporto tecnico anche per ciò che riguarda l'utilizzo dei formati corretti e per la produzione dei documenti/pagine *web* in formato aperto. Nondimeno, devono garantire agli operatori incaricati delle pubblicazioni la dotazione ed il costante aggiornamento degli strumenti e degli applicativi per la pubblicazione in modo accessibile e qualitativamente adeguato anche con riferimento all'assenza di filtri e/o soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" – ferme le particolari cautele da adottare in relazione alla pubblicazione di atti e documenti contenenti dati personali. In proposito, ANAC, con Comunicato del Presidente del 1° luglio 2020, ha sottolineato– al fine di realizzare la piena trasparenza amministrativa e di garantire l'effettiva disponibilità e riutilizzabilità dei dati pubblicati – l'importanza del "*puntuale rispetto della normativa anche in materia di apertura dei dati medesimi e di indicizzazione delle pagine contenute nella sezione Amministrazione trasparente*".
Ciascun Dirigente/Direttore è altresì responsabile del corretto trattamento dei dati personali oggetto di pubblicazione nella sezione "*Amministrazione Trasparente",* nel rispetto delle disposizioni di cui al d.lgs. 10 agosto 2018, n.101 recante "*Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*", al

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) nonché alle "*Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati*", emanate dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014.
In tale ambito, come anche ribadito nel PNA 2019, pur rimanendo presupposto il rispetto della base giuridica di riferimento per il trattamento dei dati personali nell'ambito dell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, individuata (*ex* art.2-ter del d.lgs. n.196/2003, introdotto dal d.lgs. n.101/2018) esclusivamente in una norma di legge o di regolamento, risulta altresì indispensabile che l'attività di pubblicazione dei dati per finalità di trasparenza sia conforme a tutti i principi enucleati a livello europeo (art.5 del Regolamento (UE): liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione dei dati, ossia limitazione dei dati rispetto alle finalità di utilizzo degli stessi, esattezza, limitazione della conservazione, integrità, adeguatezza, aggiornamento, responsabilizzazione del titolare del trattamento).
Ne consegue che "[…] *le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. n.33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione*".
Rientra pertanto nella responsabilità di tutti i soggetti cui è attribuita la competenza alla pubblicazione di contenuti, la preventiva valutazione di tutti gli aspetti relativi alla tutela della riservatezza, provvedendo, ove necessario, alla anonimizzazione delle informazioni, ed al delicato contemperamento fra l'esigenza del completo adempimento degli obblighi di pubblicazione e la necessità che l'amministrazione si adoperi affinché i contenuti pubblicati rispettino i limiti previsti in tema di tutela dei dati personali.
Particolare attenzione deve essere, inoltre, riservata nella pubblicazione di documenti che possano avere contenuti non pertinenti con il fine stesso della trasparenza. Posto che il principio valutativo cardine deve necessariamente fare riferimento al principio di sufficienza e non eccedenza, i dirigenti che pubblicano devono provvedere 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.
In tale contesto, a tutela della riservatezza, ruolo di garanzia è attribuito al DPO, al quale sono attribuiti specifici compiti di supporto, informazione e sorveglianza nei confronti di tutta l'amministrazione, anche tramite la collaborazione con il RPCT, ferma restando tuttavia la non sovrapponibilità dei ruoli, come ribadito nel PNA 2019.
Per l'Istituto, con decreto del Direttore Generale n.231/2018, è stato nominato DPO, il Dott. Riccardo Possenti, Dirigente presso i Sistemi Informativi.
Ulteriori funzioni rilevanti sono assegnate dall'art.17 del Codice dell'Amministrazione Digitale, al Responsabile per la transizione Digitale, il quale riveste in ruolo essenziale nella transizione digitale della Pubblica Amministrazione e nell'erogazione di servizi pubblici digitali effettivamente fruibili, utili e di qualità, nonché all'adozione di modelli di relazione trasparenti e aperti con i cittadini. L'Ing. Domenico Nilo Mazzo, Dirigente Responsabile dei Sistemi Informativi è stato nominato con decreto del Direttore Generale n.461/2018 Responsabile della Transizione Digitale dell'Istituto.

14 La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità

La mappa degli obblighi di pubblicazione e delle relative responsabilità, di cui all'allegato F al presente Piano, è la rappresentazione sintetica della sezione trasparenza per il triennio 2022-

2024 dell'Istituto.
A seguito dell'attivazione e della messa a sistema della nuova architettura aziendale, approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione n.17 del 15.12.2020, la denominazione delle singole strutture nell'elenco degli obblighi di pubblicazione è quello sotto indicato.

Denominazione delle strutture nell'allegato F (Elenco degli obblighi di pubblicazione) al PTPCT 2021-2023.
Unità Operativa Affari Generali e Legali
Unità Operativa Gestione delle Risorse Umane e Sviluppo Competenze
Unità Operativa Provveditorato Economato e Vendite
Unità Operativa Gestione Servizi Contabili
Unità Operativa Tecnico Patrimoniale
Unità Operativa Programmazione dei Servizi Tecnici e Controllo di Gestione
Formazione Biblioteca Comunicazione
Sistemi Informativi
Direzione Generale
Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa
Servizio Assicurazione Qualità

In particolare, sulla base della nuova organizzazione aziendale, gli obblighi di pubblicazione posti in capo all'Ufficio Progetti di Ricerca sono stati ricondotti alla struttura U.O. Affari Generali e Legali, alla quale l'Ufficio afferisce; gli obblighi originariamente posti in capo alla U.O. Gestione Risorse Umane e Sviluppo Competenze in tema di performance sono stati attribuiti alla U.O. Programmazione dei Servizi tecnici e controllo di gestione, a cui afferisce l'Ufficio Performance; parimenti, alla U.O. Programmazione dei servizi tecnici e controllo di gestione, sono stati attribuiti gli obblighi di pubblicazione precedentemente in capo al Controllo di Gestione.
La mappa è strutturata in conformità alla delibera ANAC n.1310/2016 "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n.97/2016*".
Per ogni obbligo di pubblicazione vengono indicati:
- Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie);
- Denominazione sottosezione livello 2 (Tipologie di dati);
- Riferimento normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Contenuti dell'obbligo;
- Aggiornamento;
- Periodicità/termini degli aggiornamenti;
- Struttura competente;
- Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- Non applicabilità dell'obbligo;
- Note.

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

a) 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/ 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 – *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";

b) Organizzazione – Rendiconti gruppo consiliari regionali/provinciali – Rendiconti gruppi consiliari/provinciali – *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*;
c) Organizzazione – Rendiconti gruppo consiliari regionali/provinciali – Atti degli organi di controllo – *Atti e relazioni degli organi di controllo*;
d) Personale – Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) – Ruolo dirigenti – *Ruolo dei dirigenti*;
e) Servizi erogati – Liste di attesa – Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) – *Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata*;
f) 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) – *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)*;
g) Pianificazione e governo del territorio – Pianificazione e governo del territorio – *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*;
h) Pianificazione e governo del territorio – Pianificazione e governo del territorio – *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 – *Elenco delle strutture private accreditate*;
j) Strutture sanitarie private accreditate – strutture sanitarie private accreditate – *Accordi intercorsi con le strutture private accreditate;*

In applicazione del coordinato disposto di cui all'articolo 10 comma 1 del d.lgs. n.33/2013, di cui al paragrafo 7.1 del PNA approvato con delibera n.831/2016 e di cui al par. 2 della Linee guida ANAC n.1310/2016, l'Istituto individua in apposita sezione della mappa degli obblighi di pubblicazione i responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di obbligo di pubblicazione. La definizione e l'elaborazione dei contenuti degli obblighi di pubblicazione deve essere la risultanza della collaborazione e del diretto coinvolgimento dei responsabili della pubblicazione, i quali prestano necessariamente idoneo supporto al RPCT, anche in considerazione delle responsabilità nel caso di mancata collaborazione con il RPCT.
Nel rispetto delle indicazioni di cui alla Delibera ANAC n.1310/2015, l'Istituto individua quale scelta preferibile la pubblicazione dei dati e delle informazioni in formato tabellare, a garanzia di un maggiore livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei contenuti pubblicati, assicurando agli utenti della sezione "*Amministrazione Trasparente*" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili.

Con riferimento ai termini degli aggiornamenti si precisa che per "*Aggiornamento tempestivo*" l'Istituto considera quale termine entro il quale deve avvenire la pubblicazione quello di 30 giorni, in conformità all'orientamento espresso da ANAC nella delibera n.1310/2016. Con riferimento all'aggiornamento "*trimestrale*" l'Istituto considera rispettivamente i periodi gennaio-marzo, aprile-giugno, luglio-settembre, ottobre-dicembre di ogni anno. Con riferimento all'aggiornamento "*semestrale*" l'Istituto considera i periodi gennaio-giugno e luglio-dicembre di ogni anno.
Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione in tema di appalti pubblici, si ricorda che al venir meno dell'obbligo "Bandi di gara e contratti – Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura – Contratti – *Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e i suoi aggiornamenti*" come disposto dal d.lgs. 19 aprile 2017, n.56, si è aggiunto, nel 2019, il venir meno degli obblighi di pubblicazione rispettivamente di "Bandi di gara e contratti – Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura – Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali – *Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)*" disposto con dl. n.32/2019 convertito con modifiche con l. 14 giugno 2019, n.55. Nella medesima sezione, l'obbligo di pubblicazione concernente i "*Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione*", inizialmente abrogato dal D.L. n.32/2019, è stato successivamente reintrodotto dall'articolo 2, comma 6, del D.L. n.76/2020, convertito in Legge n.120/2020. Si ricorda, altresì, la soppressione dell'obbligo di pubblicazione concernete gli avvisi sui risultati della procedura di affidamento, disposta dall'articolo 1, comma 5-bis, della Legge n.120/2020 con riferimento agli appalti di valore inferiore ad euro 40.000.
L'Istituto, inoltre, si impegna a garantire la massima trasparenza con riferimento alle procedure di gara espletate nell'ambito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 individuando le più idonee modalità di pubblicazione dei relativi dati e informazioni.
L'Istituto, inoltre, a partire dalla seconda metà del 2021, provvede alla pubblicazione nella sezione "Bandi di gara e contratti – Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori - *Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016*" degli atti relativi all'esecuzione di appalti pubblici, in adempimento a quanto disposto dall'art.53, comma 5, del D.L. n.77/2021 come convertito in Legge n.108/2021 a modifica dell'art.29, comma 1 del d.lgs. n.50/2016.
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 agli 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, nel corso del 2018 è stato pubblicato il link ipertestuale alla banca dati Perlapa relativamente ai seguenti obblighi di pubblicazione: "Consulenti e collaboratori – *Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza*" e "Personale – *Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)*". Verificato tuttavia che i contenuti pubblicati nelle sezioni di "*Amministrazione Trasparente*" "*Consulenti e collaboratori – Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza*" non sono totalmente coincidenti con quanto pubblicato nella banca dati di Perlapa è stato scelto di mantenere in proposito la doppia pubblicazione.
A partire dal 2019 l'Istituto, inoltre, assolve i propri obblighi di pubblicazione in tema di "Opere pubbliche – tempi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche" anche attraverso il collegamento ipertestuale alla banca dati BDAP – Banca dati amministrazioni pubbliche.
Altresì, relativamente all'obbligo di pubblicazione nella sezione "Personale – *Contrattazione collettiva – contrattazione collettiva*", "Personale – contrattazione integrativa – *contratti*

integrativi" e *"*Personale – contrattazione integrativa – *costi contratti integrativi*" nel corso dell'anno 2020 è stato attivato e reso fruibile il collegamento ipertestuale alla banca dati ARAN.
Già a partire dal 2017 l'Istituto, alla luce dell'esplicitazione dei criteri di identificazione soggettiva resi da ANAC con il proprio provvedimento n.241/2017, colloca le pubblicazioni relative al Consiglio di Amministrazione, previa rivalutazione del profilo soggettivo, nella sezione di "*Amministrazione Trasparente*" relativa ai titolari di incarichi di direzione o di governo ex art.14, co.1-bis del d.lgs. n.33/2013.
Nel corso del 2020 in ottemperanza all'articolo 4 della legge 5 luglio 1982, n.441, si è provveduto a pubblicare i dati concernenti il Consiglio di Amministrazione cessato a decorrere dal 25.2.2020, nella specifica sezione "Organizzazione – Incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo – *Cessati dall'incarico*", rimuovendo altresì la prima dichiarazione patrimoniale e le successive variazioni rese dai Consiglieri nel corso dell'incarico, ai sensi dell'art.14, co.2, del medesimo decreto.
Inoltre, per ciò che riguarda il Consiglio di Amministrazione in carica, l'Istituto si conforma a quanto previsto dalla delibera ANAC n.241/2017 relativamente all'esonero dalla pubblicazione dei documenti di cui all'art.14, co.1, del d.lgs. n.33/2013 in riferimento allo svolgimento dell'incarico a titolo gratuito.
In conformità agli obblighi previsti dal d.lgs. n.39/2013, si è provveduto anche per l'anno 2021, ad acquisire e pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente le dichiarazioni annuali di insussistenza di cause di incompatibilità dei membri del Consiglio di Amministrazione e dei Direttori dell'IZSLER.
In considerazione di quanto disposto da ANAC con propria delibera n.1146/2019 e con delibera n.1201/2019, in merito all'applicazione della disciplina di cui al d.lgs. n.39/2020 anche nei confronti dei dirigenti in servizio presso enti sanitari ma non appartenenti al ruolo sanitario e titolari di funzioni gestionali, l'Istituto nel corso del 2021 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.
Le dichiarazioni di insussistenza delle cause di incompatibilità ed inconferibilità sono state, inoltre, pubblicate in relazione all'incarico di amministratore dell'Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ricoperto dal Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata Dott. Antonio Fasanella, e alla carica di membro del Consiglio Generale della Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche, rivestita dal Prof. Mario Colombo.
L'Istituto, in conformità a quanto disposto dall'articolo 1, comma 145 della Legge n.160/2019, dal 2020, per quanto riguarda l'obbligo "Bandi di concorso" provvede alla pubblicazione delle graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori, in aggiunta alla pubblicazione dei criteri di valutazione della commissione esaminatrice e le tracce delle prove ed ha attivato, per le medesime pubblicazioni, il collegamento ipertestuale al sistema "monitoraggio delle graduatorie concorsuali della P.A." del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
L'Istituto prende altresì atto, ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della medesima legge di bilancio, delle modifiche al regime sanzionatorio nelle ipotesi di violazione degli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli 46 e 47 del d.lgs. n.33/2013.
Alla panoramica descritta si aggiunga quanto disposto dall'art.1, comma 7 del decreto legge 30 dicembre 2019, n.162, convertito con Legge 28 febbraio 2020, n.8, e successivamente modificato dall'art. 1, co.16 del D.L. 31 dicembre 2020, n.183, convertito in Legge 26 febbraio 2021, n.21, il quale sospende, 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 articolo 46 e 47 del d.lgs. n.33/2013 nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 14, comma 1-bis, del medesimo decreto. Il succitato regolamento provvederà alla concreta individuazione dei dati di cui al

comma 1 dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013 che dovranno essere pubblicati, anche con riferimento ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo.
L'Istituto, recependo le indicazioni fornite dal Ministero della Pubblica Amministrazione con Direttiva n.1/2019, provvederà altresì a pubblicare nella sezione "Personale" il nominativo e i recapiti del Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità.
Nella redazione del presente Piano si è tenuto conto infine delle novità apportate alla trasparenza amministrativa dal D.L. 16 luglio 2020, n.76 convertito in Legge 11 settembre 2020, n.120 relativamente innanzi tutto alla pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" degli atti delle amministrazioni aggiudicatrici ai sensi dell'art.1, co.5- bis e art.2, co.6 del D.L. medesimo.
Inoltre, a decorrere dalla seconda parte del 2020, in ottemperanza alle indicazioni di cui all'articolo 12, co.1, lett.a) del medesimo D.L., l'Istituto pubblica i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza delle strutture dell'Ente. Si rimane comunque in attesa di licenziamento di apposito provvedimento governativo che definisca più chiaramente modalità e termini per la misurazione e la pubblicazione di tali dati.
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 contrato all'emergenza COVID-19, secondo le indicazioni fornite da ANAC con Comunicati del 29.7.2020 e 7.10.2020.
L'Istituto provvederà inoltre ad adeguarsi a quanto stabilito da Regione Lombardia con propria deliberazione n.X1/4942 del 29.6.2021 in merito all'obbligo di predisposizione della "*Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art.14 c.4, lett. a), d.lgs. n.150/2009"* da parte del NVP e di conseguente pubblicazione nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Applicazione obblighi di pubblicazione della dirigenza
È utile premettere che il d.lgs. n.97/2016, modificando il d.lgs. n.33/2013, ha esteso gli obblighi di pubblicazione originariamente previsti solo per i titolari di incarichi politici anche ai titolari di incarichi di governo, amministrativi, dirigenziali e direttivi, assoggettando, così, tutta la dirigenza ai più pregnanti obblighi di pubblicazione previsti dal nuovo art.14 del d.lgs. n.33/2013 [26], con l'eccezione 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 con delibera n.1388/2016 e con successiva delibera n.241/2017 rilevava l'errore di riferimento all'articolo 15 del d.lgs. n.33/2013 avuto riguardo alla dirigenza sanitaria, precisando che un'interpretazione letterale dell'art.41, comma 3 avrebbe comportato "*ingiustificate disparità di trattamento tra la dirigenza del SSN assoggettata agli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15 del d.lgs. 33/2013 e gli altri dirigenti pubblici tenuti, invece, agli obblighi più penetranti previsti dall'articolo 14*"
Per tale ragione, con successiva delibera n.382/2017[27], ANAC disponeva la sospensione degli obblighi di pubblicazione in relazione ai compensi comunque percepiti legati all'incarico, importi di viaggi e missioni pagate con fondi pubblici (art.14, comma 1, lett. c) e ai diritti reali su beni immobili, azioni in società, dichiarazioni dei redditi e variazioni, situazione patrimoniale (art.14, comma1, lett. f) nei confronti di tutti i dirigenti, compresi quelli del SSN.
Pertanto, la scelta iniziale dell'Ente è stata quella di ritenere applicabile per la dirigenza l'art.14, con le relative sospensioni. Successivamente, stante il permanere dell'incertezza normativa, la scelta prudenziale assunta dall'Istituto, come da verbale del cessato CDA n.1 del

[26] Articolo 14 rubricato "*Obblighi di pubblicazioni concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali"*.
[27] Delibera ANAC n.382/2017 "*Sospensione dell'efficacia della delibera n.241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art.14 co.1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN*".

29 gennaio 2018[28] è stata quella, al contrario, di applicare pedissequamente il dettato normativo, e quindi, l'art.15.
Sul tema interveniva successivamente la Corte Costituzionale, che con sentenza n.20 del 23 gennaio 2019, auspicando comunque un generale intervento chiarificatore da parte del Legislatore, 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, con propria delibera n.586/2019[29], pur sottolineando la necessità di un intervento legislativo in merito, provvedeva a ridefinire gli ambiti applicativi e i contenuti dell'art.14 del d.lgs. n.33/2013, prendendo come parametro di riferimento l'art.19, co,3 e 4 del d.lgs. n.165/2001 indicato dalla Corte. In particolare, ANAC ribadiva con riferimento alla dirigenza sanitaria, che "[…] *I dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art.41, co. 2 d.lgs. n.33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art.14, co.1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla delibera n.241/2017. Diversamente i dirigenti di strutture semplici non sono assoggettati alla lett. f)*". In altre parole, continuava ANAC, "*rimangono totalmente esclusi dall'applicazione dell'art.14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono alcuna delle posizioni indicate all'arti.41, co.2*".
Nel contempo, Regione Lombardia, anche in considerazione della posizione critica assunta dal Garante per la protezione dei dati personali e valutata l'irreversibilità della scelta di pubblicare i dati economici e patrimoniali della dirigenza, riteneva opportuno attendere i chiarimenti da parte delle autorità coinvolte ovvero che la questione trovasse soluzione legislativa.
Parimenti, l'OIV di Regione Emila Romagna considerava
corretto e doveroso "*continuare ad applicare le norme attualmente vigenti, le quali, per la dirigenza del SSN, fanno riferimento agli obblighi di pubblicazione indicati dall'art.15 del d.lgs. n.33/2013*".
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 – 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, anche per quanto riguarda il Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo.
Successivamente, la questione è stata affrontata anche dal TAR Lazio, il quale con sentenza n.12288 del 20.11.2020 (a seguito dell'ordinanza cautelare n.7579/2019), ha disposto l'annullamento di un provvedimento emanato da una amministrazione sanitaria che disponeva per i suoi dirigenti titolari di struttura complessa la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali e della delibera ANAC n.586/2019 nella parte in cui prevedeva

[28] In proposito, anche il NVP dell'Istituto con verbale n.38/2017 "*ritiene corretto applicare per la dirigenza dell'Istituto unicamente l'art.15, omettendo anche la pubblicazione delle informazioni previste dai punti dell'art.14 non sospese dall'ANAC, in quanto non applicabili secondo quanto previsto dall'art.41, e in particolare quindi i dati degli emolumenti prescritti dall'art.14 lett.c 1-ter, secondo periodo, c1, lett.d, e c1bis, lett.e e, c1 bis*".

[29] Delibera ANAC n.586/2019 "*Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n.241 per l'applicazione dell'art.14, co. 1-bis e 1-ter del D.lgs. 14 marzo 2013, n.33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23 gennaio 2019*".

l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari titolari di struttura complessa – delibera peraltro già sospesa dalla stessa ANAC con provvedimento n.1126/2019 "*limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art.14, co.1, lett.f) del d.lgs. n.33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa*" fino alla definizione del giudizio attivato con l'ordinanza n.7579/2020 di cui sopra.
Secondo l'orientamento espresso dal TAR, tenuto conto delle peculiarità dell'assetto organizzativo del SSN in cui "*la dirigenza comprende le figure apicali del direttore generale e dei direttori amministrativo e sanitario e, solo al livello successivo, la c.d. dirigenza operativa*" e nel rispetto dei principi affermati dalla richiamata sentenza della Corte Costituzionale, deve ritenersi che "*l'individuazione dei destinatari dell'obbligo di pubblicazione, particolarmente penetrante, dei dati di cui all'art.14 del d.lgs. citato, nei medici responsabili di struttura complessa non costituisca un adeguato bilanciamento tra le esigenze di trasparenza e quelle di riservatezza* (…)", con conseguente *"applicazione del regime di trasparenza più pervasivo (…) solo alle figure dirigenziali effettivamente apicali*". Per completezza si segnala la successiva sentenza del TAR Lazio n.6045 del 24.5.2021, con il quale il giudice – a seguito del ricorso promosso da ANAC con cui si chiedevano chiarimenti in ordine alla portata soggettiva dell'annullamento della delibera n.586/2019 – ha affermato che "*l'annullamento deve ritenersi circoscritto alla parte della delibera concernente l'obbligo di pubblicazione dei dati di cui all'art.14, comma 1, lett.f) del d.lgs. n.33/2013 a carico di tali figure dirigenziali*", nel rispetto dei principi processuali di corrispondenza tra chiesto e giudicato.
L'Istituto, pertanto, in conformità con le determinazioni assunte dal Consiglio di Amministrazione e di cui, da ultimo, al verbale n.9 del 23.10.2019 in attesa dell'intervento da parte del Legislatore, continua ad attenersi strettamente all'applicazione dell'articolo 41 del d.lgs. n.33/2013 e del relativo rimando all'art.15 in attesa dell'auspicato riordino normativo.

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

Nell'ottica dell'integrazione fra i sistemi, per il 2021 era previsto lo sviluppo del sito istituzionale da parte dei Sistemi Informativi al fine di rendere la sezione "*Amministrazione Trasparente*" la fonte principale da cui attingere tutte le informazioni di carattere amministrativo in modo da evitare duplicazione e ridondanza delle informazioni e ancor più per evitare l'esposizione di dati e informazioni non coerenti fra loro o contradditori.
Per il 2022 l'Istituto conferma il sistema di gestione della trasparenza basato sul modello organizzativo individuato (v. paragrafo 13 del presente Piano). A fronte del carico di lavoro collegato al rispetto degli adempimenti, l'Istituto si propone di individuare nuove e più snelle modalità informatiche di pubblicazione dei contenuti, onde adempiere correttamente agli obblighi di pubblicazione.
Anche per il 2022, sarà indispensabile, da parte dei Sistemi Informativi, garantire l'allineamento coerente, costante e aggiornato dei contenuti informatici con i contenuti dell'elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al presente Piano. Sarà altresì necessario continuare nella sedimentazione dei sistemi in uso così da garantire da un lato la rispondenza alla norma e dall'altro lato l'aderenza all'organizzazione dell'Istituto, provvedendo alla risoluzione delle fisiologiche criticità emergenti dall'utilizzo del sistema.

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

In conformità a quanto stabilito dall'art.43 del d.lgs. n.33/2013, tenuto conto altresì di quanto indicato dal PNA 2019 che conferma il compito del RPCT di "[…] *svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, cui consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'organo di indirizzo politico, all'Autorità nazionale anticorruzione o all'ufficio di disciplina* […]", il RPCT dell'Istituto provvede in materia di pubblicazione, a monitoraggi con

cadenza almeno semestrale dei contenuti pubblicati.
In particolare, il RPCT con il necessario supporto dei referenti e dei Dirigenti/Direttori responsabili delle pubblicazioni, provvede alla verifica sia del rispetto degli aggiornamenti fissati nell'elenco degli obblighi di pubblicazione, sia della qualità e della conformità dei dati e delle informazioni pubblicate nei termini della completezza e dell'idoneità dei formati secondo quanto normativamente disposto, con successiva attribuzione di un giudizio di idoneità/non idoneità per ogni contenuto pubblicato accompagnato da eventuale nota esplicativa. Ciò in conformità con quanto indicato all'articolo 6 del d.lgs. n.33/2013 e altresì ribadito nel PNA 2019 in cui si prevede che "[…] *per evitare un adempimento solo formale degli obblighi, il RPCT verifica anche la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione.* […]".
Alle verifiche del RPCT si accompagna l'attività di monitoraggio posta in capo al Responsabile delle pubblicazioni, il quale, nell'ambito delle proprie competenze, conformemente a quanto disposto dall'articolo 16, comma 1 lett. da l-bis) a l-quater) del d.lgs. n.165/2001, provvede: a svolgere stabilmente la verifica e il monitoraggio dei contenuti pubblicati dalla propria struttura; a monitorare la rimozione dei dati di competenza decorsi i termini per la pubblicazione; a definire nuove misure di trasparenza idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione controllandone il rispetto da parte dei dipendenti afferenti alla struttura.
Preliminarmente ad ogni monitoraggio da parte del RPCT, i responsabili della pubblicazione rendono a quest'ultimo formale dichiarazione con assunzione di responsabilità circa la conformità dei contenuti pubblicati al dettato normativo.
Per l'anno 2022 sono previsti due monitoraggi: il primo è calendarizzato per il 30 giugno 2022, ed il secondo per il 31 dicembre 2022.
Dell'esito dei controlli viene dato riscontro formale a cura del RPCT 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.
Annualmente, entro termine perentorio stabilito da ANAC e sulla scorta delle indicazioni fornite dalla medesima Autorità in ordine all'individuazione dei singoli obblighi oggetto di verifica, il Nucleo di valutazione delle prestazioni rileva e attesta il livello di assolvimento degli obblighi di pubblicazione medesimi.

17 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 2016 e dalle Prime linee guida di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016, al fine di garantire un alto livello di trasparenza, pubblica dati, informazioni e documenti per i quali non è previsto specifico obbligo di legge o regolamento, previa anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in osservanza delle disposizioni in materia.
Ad oggi la sottosezione è stata implementata dei seguenti contenuti ulteriori:

DATI ULTERIORI	Elenchi tirocinanti extracurricolari e delle borse di studio
	Attività di ricerca: *impact factor* della produzione scientifica, *know how* 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
	Locazioni, contratti, accordi
	Censimento delle autovetture di servizio

	Sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario
	Reclami
	Contratti Assicurativi
	Rendicontazione economica delle attività finanziante con assegnazioni vincolate

PARTE VI – DISPOSIZIONI FINALI

18 Processo di adozione del Piano

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

Per l'elaborazione del presente Piano, il RPCT si è avvalso del personale afferente all'U.O. Affari Generali e Legali.
Nel mese di gennaio, al fine di aprire il procedimento di adozione del presente Piano 2022-2024 alla partecipazione di tutti gli interessati (dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti), il Piano è stato pubblicato in consultazione sul sito *web* istituzionale dell'IZSLER.
In particolare, la consultazione è avvenuta per un periodo consecutivo di quindici giorni dal …….. al ……., con pubblicazione dell'invito a tutti gli *stakeholder* a trasmettere osservazioni e proposte (all'indirizzo di posta maria.zecchi@izsler.it), in modo tale da poter adottare il Piano entro i termini di legge, come prorogati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.
Lo schema del Piano è stato trasmesso dal RPCT alla Direzione, ai membri del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed ai membri del Consiglio di Amministrazione.
Per quanto riguarda l'iter di adozione del presente Piano, come suggerito da ANAC nel PNA 2019, è stato effettuato un doppio esame da parte del Consiglio di Amministrazione: in prima istanza, una valutazione preliminare (in data ……) e solo successivamente l'approvazione 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.

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