

**IZSTO**

Istituto Zooprofilattico Sperimentale  
del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta

[www.izsto.it](http://www.izsto.it)

# PIANO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA TRIENNIO 2020 – 2022



## Sommario

1 - PREMESSA .....	3
2 - DEFINIZIONE DI CORRUZIONE .....	4
3 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	5
4 - OBIETTIVI DEL PIANO.....	13
5 - L'AGGIORNAMENTO DEL PIANO .....	15
6 – COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	17
7 – IL CONTESTO INTERNO .....	20
8 - IL CONTESTO ESTERNO.....	57
9 -IL MODELLO DELL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA.....	64
10 - AZIONI E MSURE INTRAPRESE .....	67
11 – RISK MANAGEMENT .....	83
12 - TRASPARENZA.....	103
13 - CRONOPROGRAMMA ANNO 2020.....	107

## 1 - PREMESSA

Il presente documento rappresenta il settimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta (IZSTO), come previsto dalla legge n. 190 del 6 novembre 2012, art. 1, c. 5, lettera a) "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. La suddetta legge è stata emanata in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con la legge n. 116 del 3 agosto 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale".

I precedenti Piani sono pubblicati sul sito istituzionale – sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti".<sup>1</sup>

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta vuole perseguire una promozione della cultura dell'integrità in senso lato, integrando il più possibile i diversi processi aziendali ed in modo particolare quelli che attraverso la mappatura, il monitoraggio e le azioni di miglioramento, contribuiscono all'appropriatezza e al contenimento del rischio corruttivo.

Sono stati presi in considerazione i Piani Nazionali Anticorruzione<sup>2</sup> e in modo particolare il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (PNA2016)<sup>3</sup>, approvato con delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 831 del 3 agosto 2016, pubblicato nel supplemento ordinario n. 35 G.U.R.I. n. 197 del 24 agosto 2016, che nella Parte Specifica – al Punto n. VII – tratta approfondimenti specifici per la Sanità.

Il presente piano è strutturato, per quanto possibile, secondo il piano dello scorso anno in modo da garantire una continuità di contenuto necessario per procedere in modo organico all'obiettivo di prevenire la corruzione.

---

<sup>1</sup><http://www.izsto.it/index.php/amministrazione-trasparente/134-trasparenza/ammtrasparente/2115-prevenzione-della-corruzione>

<sup>2</sup> <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Attivitadocumentazione/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzione>

<sup>3</sup> <https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Atti/determinazioni/2016/831/del.831.2016det.PNA.pdf>

## 2 - DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il Piano triennale della prevenzione della corruzione accoglie il concetto di corruzione in senso ampio contenuta nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) - 2013<sup>4</sup>, come comprensivo delle varie situazioni

in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati. Tale concetto coincide anche con la "maladministration" che, come riportato al punto 2.1. della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, "viene intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari".

Le situazioni rilevanti. sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e di quella disciplinata dall'art.2635 del c.c. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal Libro secondo, secondo, Titolo II, Capo I e II del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

---

4

<https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Anticorruzione/PianoNazionaleAnticorruzioneLineeIndirizzo/PNA.2013.pdf>

### 3 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La normativa di riferimento si articola su più livelli:

#### Livello statale

- Comunicato del Presidente ANAC del 7 marzo 2018: Determinazione dell'8 marzo 2017 n. 241 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d. lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016" – sospensione dell'efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, co. 1-ter, ultimo periodo del d.lgs. 33/2013.
- DPCM 28 marzo 2018 - Modifica dell'art. 10 del DPCM 20 dicembre 2013, recante "Modalità applicative degli obblighi di trasparenza in PCM, ai sensi dell'art. 49 del d.lgs. n. 33/2013".
- Delibera ANAC 579 del 2.5.2018 Iscrizione all'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti di proprie società in house di cui all'articolo 192, comma 1, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50
- Decreto Legislativo 18 maggio 2018, n. 51 "Attuazione della direttiva (UE) 2016/680 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali da parte delle autorità competenti a fini di prevenzione, indagine, accertamento e perseguimento di reati o esecuzione di sanzioni penali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la decisione quadro 2008/977/GAI del Consiglio. (GU n.119 del 24-5-2018). Entrata in vigore del provvedimento: 08/06/2018.
- 21 maggio 2018 Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto SANITA'. Periodo 2016-2018.
- Delibera n.840 del 2.10.2018: richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) da parte del: 1) direttore del Sistema dei Controlli e RPCT della Giunta di Regione Lombardia (nota prot. 138523 del 21/12/2017); 2) segretario Generale e RPCT del Comune di San Giorgio a Cremano (nota prot. 58909 del 04/07/2018) e Dirigente della civica Avvocatura (nota prot. 80419 del 28.9.2018); 3) RPCT della Giunta dell'Azienda Ospedaliera Regionale (AOR) "San Carlo" di Potenza (nota prot. 69348 del 08/08/2017).

- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018: “Regolamento sull’esercizio sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro di cui all’art. 54 bis del d.lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing)” – Regolamento modificato dalla delibera ANAC n. 312 del 10 aprile 2019.
- Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione (Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018).
- Regolamento n. 7 dicembre 2018 per l’esercizio della funzione consultiva svolta dall’Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all’art. 211 del decreto stesso.
- Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001 (c.d. whistleblowing).
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “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”;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75 “Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettera a), c), e), f), g), h), l), m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- Decreto Legge 24 giugno 2016, n. 113, coordinato con la legge di conversione 7 agosto 2016, n. 160, recante: "Misure finanziarie urgenti per gli enti territoriali e il territorio";
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016, N. 50 - Attuazione delle direttive 2014/23/UE,

2014/24/UE E 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;

- Legge 7 agosto 2015, n. 124 (cd. legge Madia) – “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge 11 agosto 2014, n. 114 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari”;
- Intesa del 24 luglio 2013 intervenuta in sede di Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, con la quale sono stati definiti gli adempimenti con l’indicazione dei relativi termini, volti all’attuazione delle disposizioni contenute nella stessa legge;
- Circolare n. 2 del 19 luglio 2013 del D.F.P. avente ad oggetto “d.lgs n. 33 del 2013 – attuazione della trasparenza”;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 concernente: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Il Codice stabilisce l’obbligo 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”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione;
- Circolare n. 1 del 25.01.2013 del D.F.P. contenente precisazioni in ordine alle competenze

affidate dalla legge 190/2012 ai vari soggetti istituzionali ivi individuati, alle modalità di nomina ed ai compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione;

- D.P.C.M. del 16/01/2013 “Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto a ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’art. 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190, approvato con il Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Legge n. 116 del 3 agosto 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale";
- Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 denominato "Testo unico sulla privacy”;
- 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 personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

#### **Ulteriori strumenti normativi di riferimento**

- Delibera ANAC n. 236 del 1 marzo 2017 avente ad oggetto «Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017 e attività di vigilanza dell’Autorità»;



- Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 “Prime linee guida recanti indicazione sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs n. 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016”;
- Determinazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, co. 2 del d.lgs 33/2013”;
- Delibera ANAC n. 1097 del 26 ottobre 2016 “Linee guida n. 4 di attuazione del d.lgs 18 aprile 2016 n. 50, recanti “Procedure per l’affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici”;
- Determinazione ANAC n. 833 del 03/08/2016 “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”;
- Determinazione ANAC n. 831 del 03/08/2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC numero 43 del 20/01/2016 “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 gennaio 2016 e attività di vigilanza dell’Autorità”;
- Delibera ANAC numero 39 del 20/01/2016 “Indicazioni alle Amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1, comma 2, decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165 sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasmissione delle informazioni all’Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell’art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall’art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Regolamento ANAC del 15 luglio 2015 “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”;
- Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 ad oggetto “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”;

- Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 ad oggetto: “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)”;
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 ad oggetto: “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 19/2013 nel settore sanitario”;
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali della trasparenza, dei codici di comportamento, adottato da ANAC in data 09/09/2014;
- Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 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 – Provvedimento n. 243 del 15/05/2014;
- Delibera CIVit n. 75 del 24 ottobre 2013 “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs n. 165/2001)”;
- Delibera CIVit n. 72 del 11 settembre 2013 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 72 del 28 ottobre 2014 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

## **Livello locale**

- Deliberazione del Direttore Generale n. 53 del 24/01/2019 “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RTPCT) 2019 - 2021”
- Deliberazione del Direttore Generale n. 23 del 24/01/2018 “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RTPCT) 2018 - 2020”
- Deliberazione del Direttore Generale n. 635 del 23/11/2017 “Approvazione “Regolamento dell’Organismo Indipendente di Valutazione”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 528 del 29/09/2017 “Approvazione “Regolamento Aziendale in materia di Accesso Civico””;
- Delibera del Direttore Generale n. 512 del 20/09/2017 “Revisione straordinaria delle partecipazioni societarie detenute dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d’Aosta, ai sensi dell’art. 24 del d.lgs n. 175/2016: Ricognizione””;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 27/01/2017 “Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2017 – 2019”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 44 del 28/01/2016 “Adozione Piano triennale della prevenzione e programma triennale per la trasparenza e l’integrità - Anno 2016 – 2018”;
- Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 636 del 30/10/2015 “Approvazione Procedura per la segnalazione da parte dei dipendenti di illeciti ed irregolarità (c.d. Whistleblowing Policy);
- Deliberazione del Direttore Generale n. 88 del 23/02/2015 “Adozione Piano triennale della prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (L. 190 del 6.11.2012) - Verifica attuazione del PTPC 2014 – 2016;
- Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 56 del 24/01/2014 “Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione (L. 190 del 6.11.2012); Programma triennale per la trasparenza e l’integrità (d.lgs 14 marzo 2013, n. 33) e Codice di comportamento aziendale (d.lgs 30 marzo 2001, n. 165);
- Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 550 del 03/10/2013, con la quale è stato individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione dell’Istituto, ai sensi dell’art. I, comma 7, della Legge n. 190/2012;

- Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 445 del 09/08/2013, con la quale è stato individuato il Responsabile della Trasparenza dell'Istituto ai sensi dell'art. 43 del D.lgs 33/2013;
- Delibera del Direttore Generale n. 750 del 17/12/2010 "Approvazione programma triennale per la trasparenza e l'integrità ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera e, del d.lgs 27 ottobre 2009 n. 150 - Anni 2011/2012/2013".

#### **4 - OBIETTIVI DEL PIANO**

Con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 550 del 03/10/2013, è stato individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Istituto, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012, nella persona del dott. Bruno Osella, Direttore Amministrativo e Responsabile fino al 31.08.2019 della S.C. Risorse Umane dell'Istituto.

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Istituto e si pone in stretta correlazione con il Piano della Performance adottato ai sensi del D. Lgs. 150/2009.

L'IZSTO adempie al dettato normativo mediante l'approvazione del presente Piano 2020-2022 che si pone in evidente continuità con il Piano precedente 2019-2021 e tiene conto del "PNA 2019" approvato da ANAC con propria Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

Il presente Piano, pertanto, in aderenza a quanto previsto dai Piani Nazionali Anticorruzione che si sono susseguiti, affronta le tematiche e i settori oggetto di attenzione, seppur nella logica di continuità richiamata dall'Autorità, cercando di apportare modifiche e valutazioni implementative nell'ottica del miglioramento dell'efficacia dell'analisi e delle conseguenti misure che sono state adottate o che si intendono adottare.

In coerenza con gli obiettivi su cui si fonda la strategia anticorruzione messa a fuoco a livello nazionale, vengono assunti analoghi obiettivi strategici all'interno del presente PTPC aziendale.

Tale strategia può essere ricondotta a tre principali obiettivi:

- Ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;
- Favorire l'emersione di casi di corruzione;
- Contribuire a creare sempre più un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura dell'integrità.

Il Piano contiene pertanto, in applicazione della Legge n. 190 del 6.11.2012, l'analisi delle aree di rischio, la mappatura dei processi e l'individuazione dei livelli di rischio, indica l'adozione di misure di prevenzione in atto e l'adozione di misure ulteriori prevedendone i tempi di attuazione nonché i sistemi di monitoraggio. Evidenzia inoltre i meccanismi di informazione, formazione e controllo idonei a prevenire e contrastare tale rischio.

Questo documento rappresenta un processo destinato a costante sviluppo e progressivo approfondimento ed aggiornamento che fa tesoro dell'esperienza maturata e vissuta per cercare di rendere sempre più efficaci le misure da adottare.

Questo strumento di programmazione è stato definito attraverso la stretta collaborazione tra il Responsabile della prevenzione della corruzione, il Responsabile della Trasparenza, i gruppi di lavoro sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza, i Responsabili di struttura e loro rispettivi referenti.

Il Piano vuole pertanto rispondere all'esigenza di:

- valutare/rivalutare costantemente il diverso grado di rischio cui sono esposti gli uffici e le articolazioni aziendali in relazione alle specifiche funzioni svolte;
- definire/ridefinire quindi misure e procedure di prevenzione ricercandone sempre più la migliore efficacia;
- prevedere una funzione di controllo e monitoraggio sulla loro attuazione da tenere costantemente in osservazione.

In seguito alla modifica introdotta del d.lgs. 97/2016 il presente Piano contiene, un'apposita Sezione denominata "Sezione Trasparenza" con l'indicazione degli adempimenti previsti e le rispettive responsabilità attribuite.

Con separata evidenza formale si è proceduto all'adozione del Piano della performance, documento programmatico triennale, in adesione alle indicazioni rappresentate dall'O.I.V.

Il Piano della Performance, introdotto dal d.lgs.150/2009, definisce gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, ed è costruito in coerenza e stretta connessione con il presente Piano.

Si rimanda ad esso per gli aspetti riguardanti la programmazione, definizione e valutazione degli obiettivi e degli indicatori non considerati nel PTPCT.

## 5 - L'AGGIORNAMENTO DEL PIANO

L'aggiornamento del precedente Piano Triennale è stato realizzato, innanzitutto partendo dai piani precedenti (in particolar modo quello relativo al triennio 2019 – 2021) e verificandone i limiti e, pertanto, completandoli, ma altresì proseguendo l'attività svolta in questi anni, in modo tale che, a parte le modifiche strutturali, i piani abbiano un senso di continuità e di approfondimento nel corso degli anni.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione verrà aggiornato con cadenza annuale e, comunque, ogni qual volta intervengano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione.

In ogni aggiornamento/revisione saranno sempre tenuti in considerazione gli obiettivi strategici riportati precedentemente:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione

Le figure coinvolte nell'implementazione del Piano Triennale sono:

- **il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo:**

che designa il responsabile della prevenzione della corruzione e il responsabile della trasparenza e adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;

- **il responsabile della prevenzione della corruzione:**

che coordina tutte le attività legate alla prevenzione della corruzione, redige il presente documento, controlla il coordinamento del documento con il Ciclo della performance, cura il processo di gestione del rischio;

- **il responsabile della trasparenza:**

che affianca il responsabile della prevenzione della corruzione per quanto di competenza;

- **i gruppi di lavoro della Trasparenza e della Prevenzione del rischio di corruzione**

che rappresentano il collegamento tra il responsabile della prevenzione della corruzione e l'ambiente interno dell'Istituto. Sono, pertanto, portatori di proposte, supporto alle strutture e/o

aree di competenza, esperti della realtà in cui si svolge l'attività dell'istituto.

- **tutti i dirigenti** per l'area di competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile e dei referenti;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione e curano i sistemi di monitoraggio predisposti;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- partecipano alla formazione dedicata.

- **tutti i dipendenti dell'amministrazione:**

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- segnalano casi di illecito e di conflitto di interessi attraverso la procedura del whistleblowing;
- partecipano alla formazione on line finalizzata alla prevenzione della corruzione

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano è suscettibile di sanzione disciplinare.

Collaborano, inoltre, qualora sia necessario:

- l'Organismo Indipendente di Valutazione/Nucleo di Valutazione
- l'Ufficio di Direzione
- il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA)
- il Data Protection Officer (DPO)
- il Comitato Unico di Garanzia (CUG)



## 6 – COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'allegato n. 2 alla Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione" riporta i riferimenti normativi sul ruolo e le funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Si riportano di seguito le parti di interesse relativamente al PTPCT.

### *".....Compiti e poteri del RPCT*

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)/Nucleo di Valutazione le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi 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.
- L'art. 1 co. 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC. L'Istituto per il PTPCT 2019 – 2021 ha utilizzato la piattaforma messa a disposizione dall'ANAC.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente,

assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV)/Nucleo di Valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”.

- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”.
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

#### Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a “fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione”.
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a “rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione”.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ha, pertanto, competenze specifiche in materia di conoscenza dell'organizzazione e gestione dell'Istituto, dei processi e delle relazioni in essa esistenti.

Tutti i Dirigenti hanno, inoltre, la responsabilità di effettuare la valutazione del rischio di corruzione

dei processi gestiti, di definire, tramite i Responsabili delle strutture complesse e in accordo col Responsabile della Prevenzione della Corruzione, le azioni di miglioramento da intraprendere per la prevenzione della corruzione. Hanno inoltre la responsabilità di vigilare sui comportamenti degli addetti del Servizio di competenza e rispondono a quanto previsto dal d.lgs 165/2001.

Le responsabilità del responsabile della prevenzione della corruzione sono:

- responsabilità dirigenziale per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti (art. 1, comma 8, legge 190/2012);
- una più generale forma di responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa qualora si verifichi all'interno dell'amministrazione un reato di corruzione accertato con sentenza di condanna definitiva, salvo che il responsabile provi di avere osservato tutte le prescrizioni di legge
- responsabilità dirigenziale in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano (art. 1, comma 14, legge 190/2012)

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

Il presente PTPCT si applica all'interno dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta ed è pubblicato sul sito web [www.izsto.it](http://www.izsto.it), nella sezione <<Amministrazione Trasparente>>.

Sul contratto di lavoro, firmato all'atto dell'assunzione il neo assunto dichiara di prendere visione del PTPCT così come descritto nel capitolo relativo alle misure messe in atto.

Nel corso del 2019 non sono pervenute richieste di chiarimento o contestazioni in merito.

## **7 – IL CONTESTO INTERNO**

### **Nozioni storiche sull'Istituto**

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta nasce dalla necessità di realizzare una stazione sperimentale per la lotta contro le malattie infettive del bestiame in Piemonte e Liguria, e si connota fin dall'inizio come una realtà in grado di offrire un contributo concreto agli allevatori e ai veterinari per la soluzione dei problemi collegati alla loro attività. Nei primi anni del XX secolo è infatti in pieno svolgimento una profonda trasformazione dell'agricoltura, che va assumendo un carattere sempre più intensivo; questa rapida evoluzione investe anche il settore zootecnico, e con esso l'attività scientifica e pratica della medicina veterinaria, sino ad allora dedicata quasi esclusivamente alla cura del cavallo.

È in questo contesto che, per iniziativa delle organizzazioni agricole, dei Consorzi agrari, delle Camere di Commercio e con il contributo del Ministero dell'Interno, nascono le "Stazioni Sperimentali per la lotta contro le malattie del bestiame", poi rinominate Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Il 20 dicembre 1912 l'On. Eugenio Rebaudengo, a nome del Comizio Agrario di Torino, invia un'istanza al Presidente del Consiglio de Ministri On. Giolitti per sollecitare l'istituzione di una "Stazione sperimentale per la lotta contro le malattie infettive del bestiame in Piemonte e in Liguria". Due mesi dopo, la Stazione sperimentale inizia la sua attività e nel 1914 viene completato il primo edificio in un vasto appezzamento (5.195 metri quadrati) concesso gratuitamente dal Comune di Torino.

La prima relazione tecnica è del 1918. Il personale nel 1928 è composto da un Direttore, un Coadiutore, un Assistente, un Segretario economo, un portinaio e tre inservienti. Il personale dirigente è nominato per un biennio, e può essere riconfermato per i successivi bienni. L'attività diagnostica registra immediatamente una forte crescita. Si passa dai 280 campioni del 1921 ai 700 campioni del 1930 per arrivare ai 3.883 del 1932, cifre sicuramente molto alte tenuto conto dei tempi e dei mezzi di trasporto allora esistenti.

Nel 1950 l'attività diagnostica supera 10.000 campioni e viene attivata una Sezione provinciale a Genova. Nel 1952 iniziano l'attività le Sezioni di Novara ed Alessandria, nel 1953 quella di Cuneo, nel 1956 di Asti, nel 1962 di Aosta, nel 1963 di Vercelli e Savona, nel 1971 di La Spezia e nel 1985 di Imperia.

In quegli anni viene anche impostata l'attività nel campo delle ricerche sui pesci, le api, i volatili, i bachi da seta, la selvaggina, attività che hanno sempre costituito per l'Istituto Zooprofilattico una competenza specifica su settori produttivi destinati ad assumere una notevole importanza nel futuro. Nel contempo inizia anche un'attività nel campo della sterilità bovina, e viene costituito nel 1941 il Centro di fecondazione artificiale. Accanto alle attività di diagnosi e ricerca è da ricordare l'attività di produzione di presidi immunizzanti: negli anni '40 e '50 vengono prodotti nei laboratori dell'istituto migliaia di litri di siero contro le principali malattie del bestiame, un grande contributo per contenere le gravi epizootie.

L'Istituto Zooprofilattico ha sempre mantenuto stretti rapporti di collaborazione con le Università, in particolare le Facoltà di Veterinaria, Agraria, Medicina, concretizzati in centinaia di pubblicazioni scientifiche in compartecipazione.

Nati come Enti Morali, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali sono dichiarati, con la Legge n. 503 del 23-06-1970, Enti sanitari dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e sottoposti alla vigilanza del Ministero della sanità, che tuttora ne coordina il funzionamento attraverso le Regioni. Successivamente, nell'ambito della ristrutturazione regionalizzata dell'amministrazione dello Stato, la Legge n. 745 del 23-12-1975 ha trasferito alle Regioni parte delle competenze inerenti il controllo degli Istituti. Il Decreto Legislativo n. 270 del 30-06-1993 ha provveduto a un ulteriore riordino di questi Istituti, stabilendone natura e finalità, identificandoli come strumenti tecnico - scientifici dello Stato e delle regioni per le materie di rispettiva competenza, nonché dotandoli di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica. Questa legge nazionale è stata recepita a livello regionale dalla Legge Regione Piemonte n. 11 del 25-07-2005.

Successivamente, il decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 (entrato in vigore il 07/08/2012) "Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della Salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183" ha provveduto al Capo II - artt. 9 - 16 ad una nuova riorganizzazione.

In base al nuovo decreto, il riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali deve essere ispirato a criteri di semplificazione e snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa, di razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese. Stesse finalità per la riorganizzazione degli uffici dirigenziali, attraverso la loro riduzione, la riduzione degli organismi di analisi e consulenza e la razionalizzazione delle dotazioni organiche "in modo da assicurare che il personale utilizzato per funzioni relative alla gestione delle risorse umane, ai sistemi informativi, ai servizi manutentivi e

logistici, agli affari generali, provveditorati e contabilità non ecceda comunque il 15 per cento delle risorse umane complessivamente utilizzate".

Vengono individuati quali organi:

- **Consiglio di amministrazione (Cda)** - è l'organismo di indirizzo e verifica ed è nominato dal Presidente della Regione dove l'istituto ha sede legale; è composto da quattro membri, muniti di diploma di laurea magistrale o equivalente ed aventi comprovata professionalità ed esperienza in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti, di cui uno designato dal Ministro della salute e gli altri designati dalle Regioni a cui afferisce l'Istituto.

Attualmente il Consiglio di amministrazione è composto da:

Giorgio GILLI - Presidente

Piero DURANDO - Vicepresidente

Giorgio SAPINO - Consigliere

Mario VEVEY - Consigliere

- **Direttore generale** - assume la rappresentanza legale dell'Istituto, lo gestisce e ne dirige l'attività scientifica. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Regione dove l'Istituto ha sede legale, sentito il Ministro della salute ed è scelto tra persone munite di diploma di laurea magistrale o equivalente, di comprovata esperienza nell'ambito della sanità pubblica veterinaria nazionale e internazionale e della sicurezza degli alimenti. Il rapporto di lavoro del direttore generale è regolato con contratto di diritto privato, non superiore a cinque anni, rinnovabile una sola volta. Se professore o ricercatore universitario, è collocato in aspettativa. Il direttore generale è coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario medico veterinario.

Attualmente il Direttore Generale Facente Funzione è il dott. Angelo Ferrari coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Bruno Osella.

- **Collegio dei Revisori dei Conti** - svolge i compiti previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123, ovvero vigilano sull'osservanza delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie; provvedono agli altri compiti ad essi demandati dalla normativa vigente, compreso il monitoraggio della spesa pubblica. Dura in carica tre anni. Il collegio è composto da tre membri, di cui uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze e due dalla Regione dove l'Istituto ha sede legale. I revisori ad eccezione di quello designato dal Ministro dell'economia e delle finanze devono essere iscritti nel registro di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39.

Attualmente il Collegio dei Revisori è composto da:

Amedeo PARAGGIO – Presidente

Lorenzo DUTTO – Revisore

Mariateresa MICOCCI - Revisore

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta ha la sede legale a Torino – in via Bologna n. 148.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, pertanto, da più di 100 anni si propone di presentare a tutti gli utenti la sua attività, attraverso un'informazione sempre più chiara e completa.

L'Istituto Zooprofilattico è un'istituzione di diritto pubblico che, grazie al suo grande patrimonio di ricerche, analisi di laboratorio e monitoraggi, fornisce servizi per difendere la salute del cittadino attraverso il controllo dell'ambiente, degli alimenti e della salute e benessere animale.

L'attività di divulgazione delle ricerche avviene con il costante aggiornamento del sito [www.izsto.it](http://www.izsto.it) e con convegni mirati, che portano a conoscenza dell'opinione pubblica argomenti o patologie che spesso sono poco conosciute e approfondite. Parallelamente anche l'attività di comunicazione contribuisce alla divulgazione di informazioni scientifiche alla comunità. Ne sono un esempio la pubblicazione di molte brochure, video oltre che di giochi per bambini.

Importante negli anni, in particolare nei momenti di allarme sociale dovuti a specifiche patologie, è stato il ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che è intervenuto su emergenze sanitarie con riconosciuta autorevolezza, responsabilità e tempestività.

Un esempio su tutti la lotta al “Morbo della Mucca Pazza”.

Il percorso dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale è in continua evoluzione e va nella direzione di una maggiore attività di prevenzione, al fine di monitorare costantemente tutte le situazioni di possibile allarme.

L’Istituto Zooprofilattico si rivolge sia al settore pubblico sia all’utenza privata ed è presente, oltre che nella sede centrale di Torino, in altre dieci sedi dislocate nei vari capoluoghi di provincia tra Piemonte, Liguria e Valle d’Aosta.

Le attività dell’Istituto sono finalizzate quotidianamente a porre in evidenza potenziali rischi per il consumatore e, in collaborazione con le autorità regionali e nazionali, mettere in atto opportune strategie di prevenzione.

Nell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale operano più di 400 dipendenti tra veterinari, chimici, biologi, statistici, tecnici di laboratorio, informatici e personale amministrativo.

Pur ponendo una grande attenzione alle problematiche peculiari delle sue tre regioni, l’Istituto mantiene un riferimento costante con gli indirizzi comuni agli altri nove istituti Zooprofilattici presenti sul territorio nazionale.

Pertanto, nell’anno 2011 l’Istituto ha aderito a un progetto avviato dalla Scuola Superiore Sant’Anna di Studi Universitari e di Perfezionamento di Pisa – Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute rivolto agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Il progetto ha previsto la condivisione e revisione del sistema di valutazione della performance sperimentata con gli IZZSS Umbria-Marche e Lazio-Toscana al fine di estendere il confronto sugli indicatori di performance anche agli altri istituti.

Le attività previste sono state:

- analisi delle dimensioni di valutazione;
- analisi e selezione degli indicatori;
- adattamento/definizione delle schede di calcolo degli indicatori;
- analisi delle fonti dati e della loro attendibilità;
- analisi e selezione dei criteri e delle fasce di valutazione

al fine di:

- valutare i risultati in modo trasparente e condiviso



- identificare le best practice
- attivare processi di apprendimento organizzativo
- definire processi di miglioramento per un'allocazione ottimale delle risorse in linea con i bisogni e le priorità emergenti nelle realtà degli istituti.

Il progetto ha preso nuovamente avvio nell'anno 2017 al fine di attivare comportamenti organizzativi migliori attraverso strumenti di valutazione ed è un lavoro congiunto con i professionisti degli IZZSS coinvolti su sei ambiti di ricerca: valutazione della ricerca scientifica; motivazione del personale: produttività del personale e delle attrezzature; valutazione dei servizi attraverso gli utenti; valutazione dei risultati principali (output e outcome) degli istituti; identificazione delle buone pratiche manageriali.

### **Compiti Primari dell'Istituto**

- Controllo e prevenzione delle malattie degli animali e delle zoonosi
- Controllo della qualità e della sicurezza degli alimenti di origine animale
- Controlli sugli alimenti di origine vegetale trasformati e non
- Controlli sui mangimi
- Ricerca scientifica
- Epidemiologia e analisi del rischio
- Genetica Molecolare a fini epidemiologici e forensi
- Protezione ambientale
- Gestione delle emergenze sanitarie
- Consulenza specialistica veterinaria
- Attività formativa specialistica
- Comunicazione

## Laboratori Internazionali di riferimento



Laboratorio Europeo di riferimento per le encefalopatie spongiformi trasmissibili-malattie neurodegenerative (EURL TSE)



Laboratorio di Riferimento OIE per l'encefalopatia spongiforme Bovina (BSE)

Laboratorio di Riferimento OIE per la scrapie

## Centri di Riferenza Nazionali



CREAA Centro di riferimento nazionale per la sorveglianza e il controllo degli alimenti per gli animali



CEA Centro di riferimento nazionale sulle encefalopatie animali e neuropatologie comparate



CERMAS Centro di riferimento nazionale per le malattie degli animali selvatici



CEROVEC Centro di referenza nazionale per l'oncologia veterinaria e comparata



CIBA Centro di Referenza Nazionale per le Indagini Biologiche sugli Anabolizzanti Animali



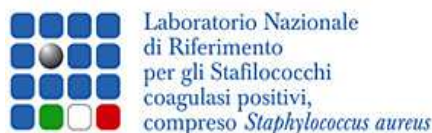
C.RE.DI.MA. Centro di Referenza Nazionale per le Indagini Diagnostiche sui Mammiferi marini spiaggiati



**ReNaRIA**  
CENTRO DI REFERENZA NAZIONALE  
PER LA RILEVAZIONE NEGLI ALIMENTI  
DI SOSTANZE E PRODOTTI CHE  
PROVOCANO ALLERGIE O INTOLLERANZE

CRENARIA Centro di Referenza Nazionale per la rilevazione negli alimenti di sostanze e prodotti che provocano allergie o intolleranze.

## Laboratori Nazionali di riferimento



Laboratorio Nazionale di Riferimento per gli stafilococchi coagulasi positivi compreso *S. aureus*



**Laboratorio Nazionale di Riferimento per le proteine animali nei mangimi**



**Laboratorio Nazionale di Riferimento per gli additivi impiegati nell'alimentazione animale**



**Laboratorio Nazionale di Riferimento per i metalli pesanti nei mangimi**



**Laboratorio Nazionale di Riferimento per i pesticidi nei cereali e nei mangimi**



Centro di referenza nazionale per lo studio e le ricerche sulle encefalopatie animali e neuropatologie comparate (CEA)

## Centri Regionali



Centro Apistico Regionale



Centro di Referenza Regionale animali esotici



**Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale**



## **Centro di Riferimento per la Tipizzazione delle Salmonelle**



## **Centro Regionale Allergie e Intolleranze Alimentari**

L'illustrazione delle attività è contenuta nel sito dell'Istituto ([www.izsto.it](http://www.izsto.it)) dove nelle specifiche sezioni sono descritte le attività dei vari laboratori.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta annovera tra i compiti istituzionali la ricerca sperimentale in sanità animale, sicurezza alimentare, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e benessere animale. In ambito nazionale l'Istituto partecipa infatti a numerosi progetti di ricerca finalizzata<sup>5</sup> e corrente<sup>6</sup> finanziati dal Ministero della Salute con il Fondo Sanitario Nazionale.

Attraverso la ricerca finalizzata il Ministero intende attuare gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e attraverso la ricerca corrente intende sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica.

Consapevoli del ruolo strategico che la ricerca ricopre, l'Istituto attua una politica finalizzata a favorire lo sviluppo dell'attività di ricerca a valorizzarne i risultati, incoraggiando e strutturando iniziative volte a rafforzare le capacità di attrazione di fondi di ricerca acquisiti da finanziatori diversi dal Ministero come la Comunità Europea e gli enti privati nazionali ed internazionali.

---

<sup>5</sup> La ricerca finalizzata, finanziata dal Ministero della salute è uno dei principali strumenti per il conseguimento degli obiettivi delle politiche del Servizio Sanitario Nazionale ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

<sup>6</sup> 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 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

Sul sito dell'Istituto si possono visualizzare le ricerche in cui l'Istituto è capofila e quelle in cui è associato, oltre alle collaborazioni e pubblicazioni. Nella pagina Amministrazione Trasparente – Dati ulteriori – è possibile prendere visione di tutte le ricerche concluse e leggere i risultati delle stesse nell'abstract.

### **Come operiamo**

Al fine di ottemperare ai compiti dell'Istituto ogni anno vengono assegnate alle strutture degli obiettivi. Per la descrizione del sistema si fa riferimento a quanto riportato nel documento "Sistema di Misurazione della Performance" pubblicato sul sito istituzionale.

Inoltre, ogni anno le tre regioni, assegnano degli obiettivi specifici al Direttore Generale dell'Istituto.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte Liguria e Valle d'Aosta opera e organizza le proprie attività all'interno di un sistema di gestione per la qualità che ha messo in atto secondo la norma internazionale UNI CEI EN ISO/IEC 17025 e che ha definito all'interno del Manuale della Qualità. La Direzione ha espresso formalmente gli obiettivi e gli indirizzi generali sottoscrivendo la Politica per la qualità dell'Ente. Il sistema qualità dell'Istituto è gestito centralmente presso la sede di Torino e si avvale di figure professionali qualificate internamente quali Referenti della Qualità, Verificatori Tecnici e Valutatori operanti sulle tre regioni.

Dal 1998 è accreditato Accredia, ente terzo dotato di mutuo riconoscimento internazionale, sul cui sito sono consultabili gli elenchi aggiornati delle prove accreditate alla sezione "Banche dati", numero di accreditamento: 200.

L'elenco delle prestazioni è disponibile sulla Carta dei Servizi e consultabile alla sezione attività laboratori presente sul sito istituzionale dell'istituto.

## Sede e Sezioni



La sede è a Torino in via Bologna n. 148



Sono inoltre presenti le seguenti sezioni:



Alessandria



Novara



Cuneo



Savona



La Spezia



Asti



Vercelli



Aosta



Genova



Imperia

L'organizzazione ed il funzionamento dell'istituto sono regolati dallo statuto (recepito con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 20/07/2015 e successivamente modificato ed integrato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 18/12/2017) e dal regolamento per l'ordinamento interno dei servizi secondo i principi di autonomia organizzativa dell'Istituto approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 1 del 21/02/2018.

Durante l'anno 2019 si è provveduto a progettare una nuova riorganizzazione dei servizi.

Ad oggi si è in attesa dell'approvazione delle regioni interessate per la realizzazione della stessa, a seguito della quale si procederà all'aggiornamento del PTPCT.

**I compiti istituzionali** dell'IZSTO sono:

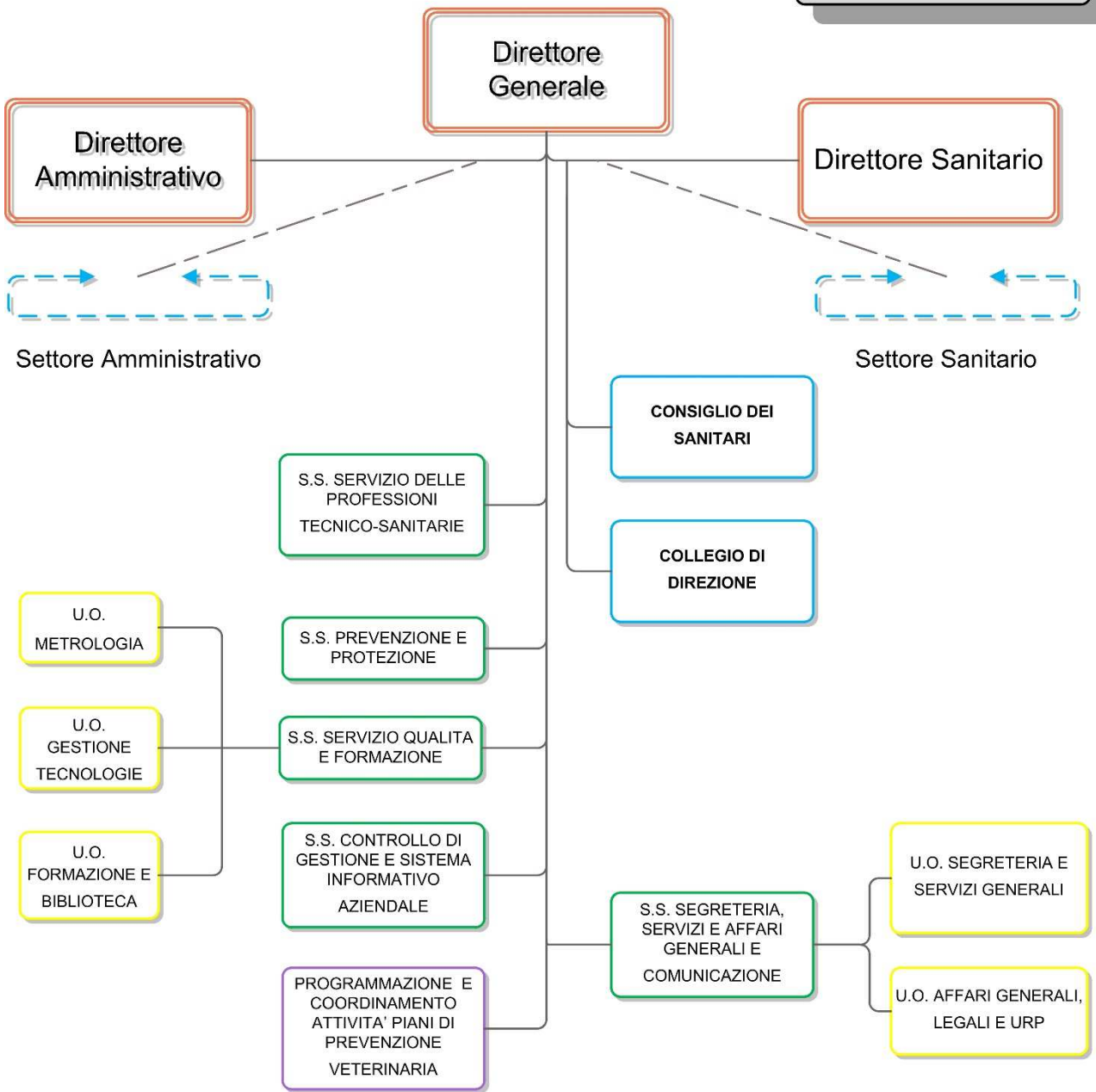
- Il supporto tecnico scientifico e operativo all'azione di farmacovigilanza veterinaria;
- La ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e il supporto tecnico scientifico per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali, anche attraverso la consulenza e l'assistenza degli allevatori;
- La sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, igiene delle produzioni zootecniche e dell'igiene degli alimenti di origine animale e/o vegetale;
- La formazione di personale specializzato nel campo della sanità animale e della sicurezza alimentare in Italia e all'estero e l'attuazione di iniziative e programmi per la formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori.
- La realizzazione di ricerche per lo sviluppo delle conoscenze nel settore dell'igiene, della sanità veterinaria e della sicurezza alimentare.

### **Organigramma**

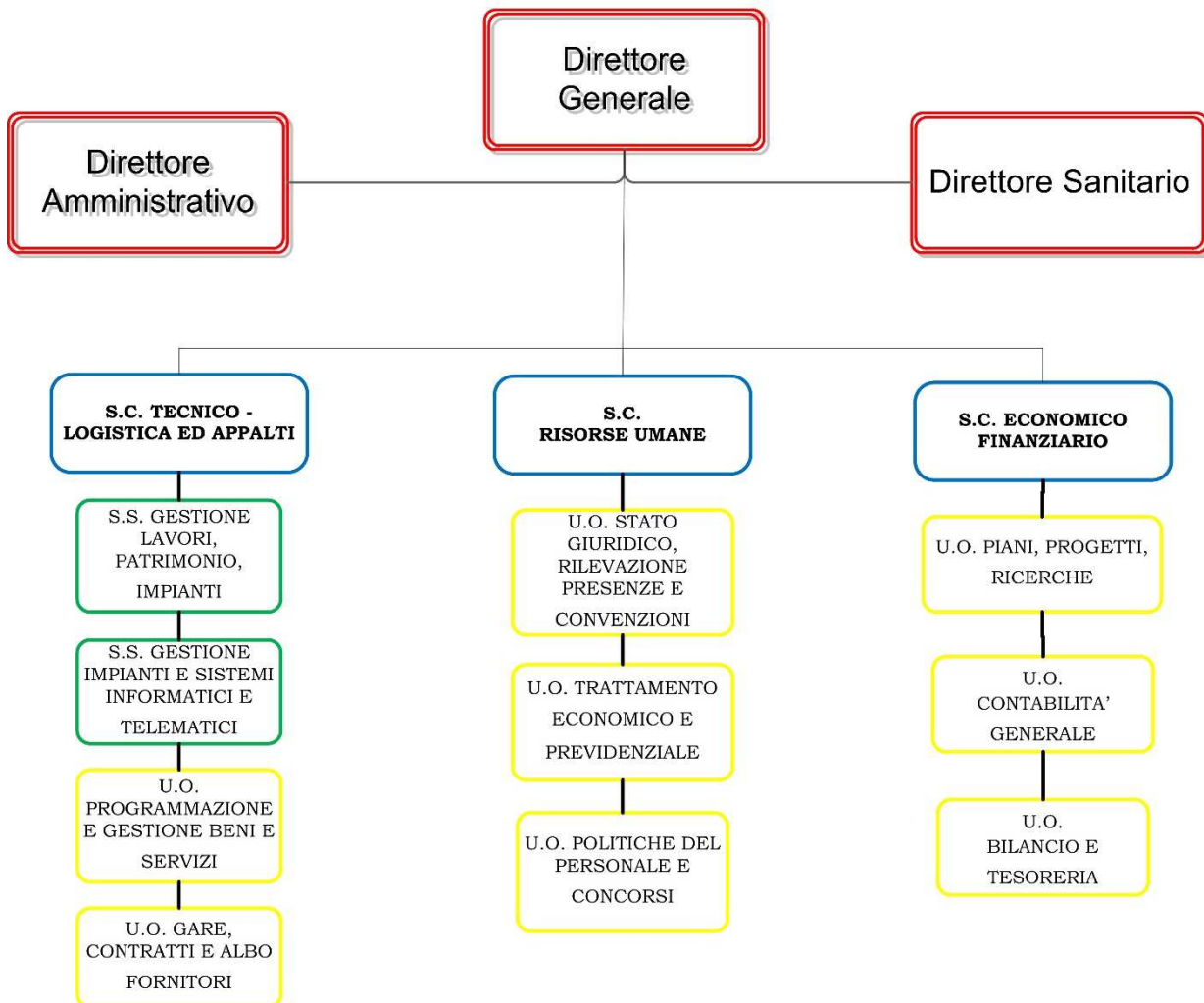
Alla data odierna l'IZSTO presenta l'organigramma sotto riportato.



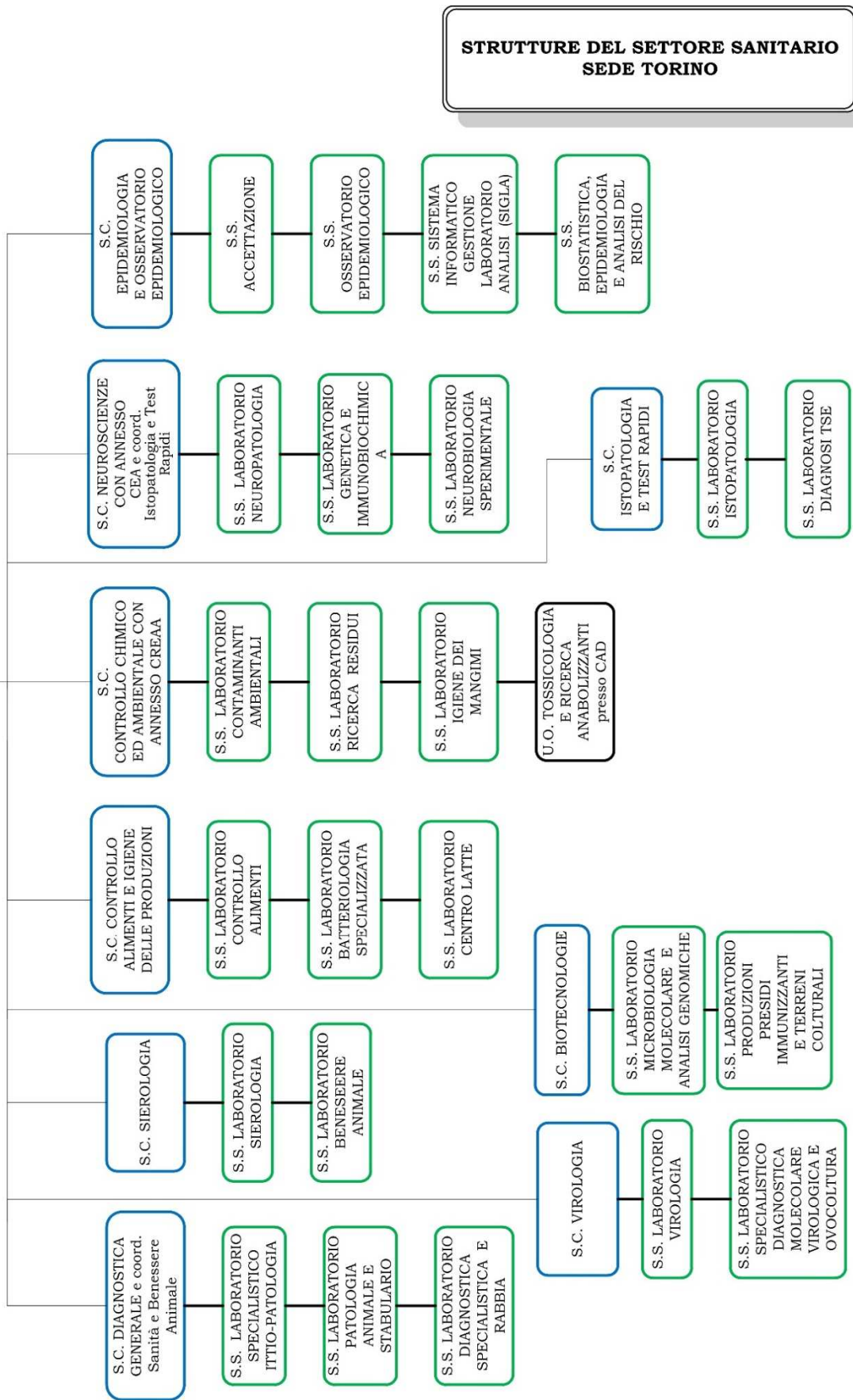
# Strutture di Staff



**STRUTTURE DEL SETTORE AMMINISTRATIVO**

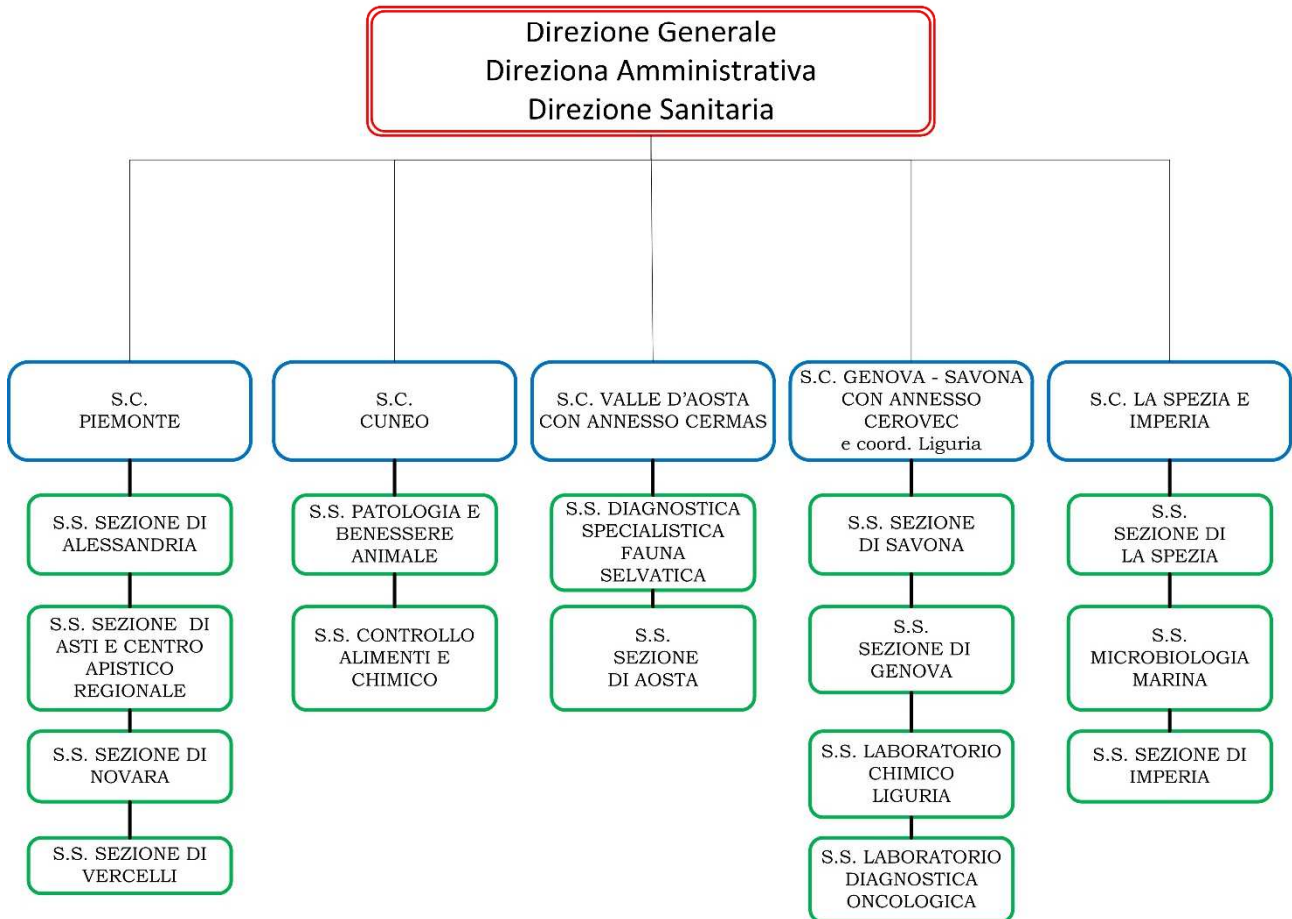


**Direzione Generale  
Direzione Amministrativa  
Direzione Sanitaria**



**STRUTTURE DEL SETTORE SANITARIO  
SEDE TORINO**

**STRUTTURE DEL SETTORE SANITARIO  
TERRITORIALI**



### Il personale dell'IZSTO

I dati relativi al personale sono al **31.12.2019** e comprendono il personale a tempo indeterminato, determinato e borsista. In totale il personale è n. 427: n. 374 dipendenti e n. 53 borsisti.

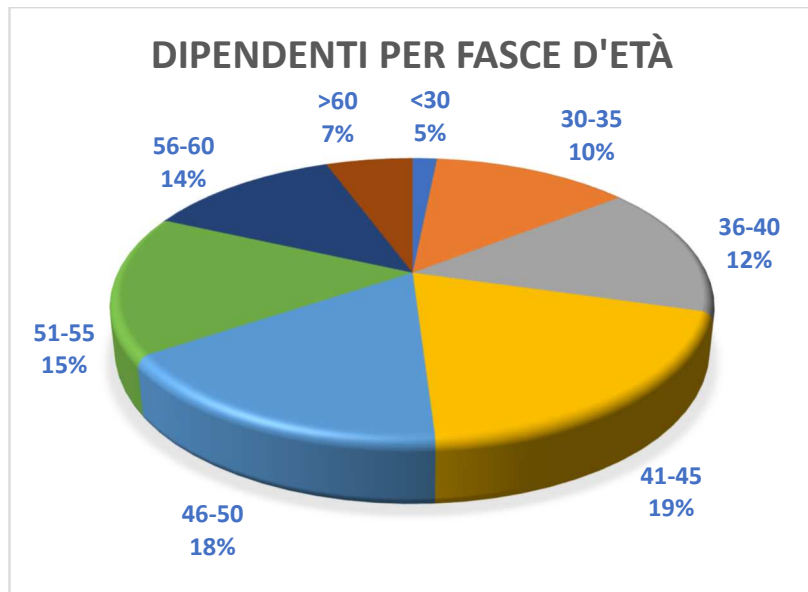


Il 74,5% del personale presta la propria attività presso la sede di Torino.



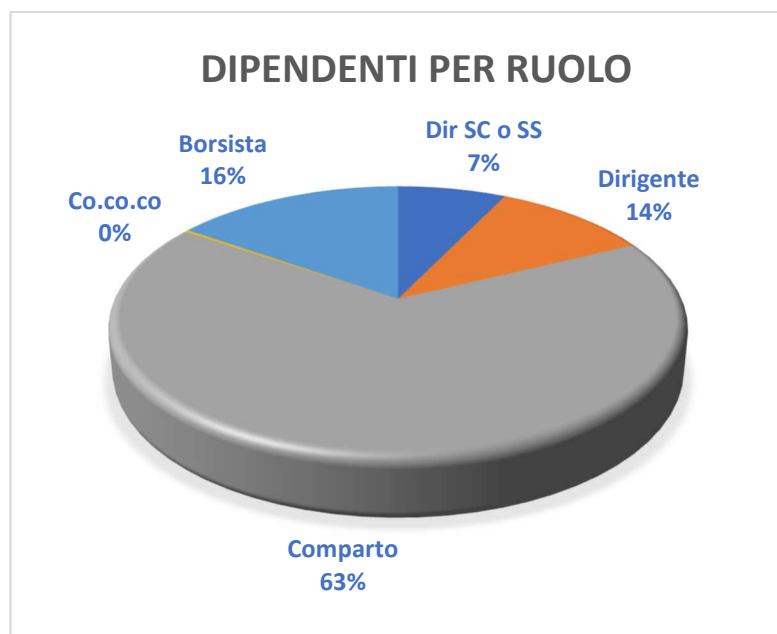
L'età media del personale è di anni 49.

Le fasce di età sono le seguenti:



Il personale è così suddiviso:

Dirigente Resp. S.C. e/o S.S.	n. 30
Dirigente	n. 46
Comparto	n. 298
Co.co.co.	n. 0
Borsista	n. 53



**I dati relativi alla gestione sono ricavati dalla Relazione del Direttore Generale al bilancio 2018.**

La relazione sulla gestione si articola nei seguenti argomenti:

- a) gestione caratteristica
- b) investimenti
- c) gestione finanziaria e straordinaria
- d) commento al risultato d'esercizio
- e) indici di bilancio
- f) dati sull'attività

#### **a) Gestione caratteristica**

La gestione caratteristica di esercizio 2018 evidenzia un totale di contributi in conto esercizio pari ad Euro 31.549.332 che sono la risultante degli importi stanziati da:

- Ministero della Salute quale quota del FSN;
- Ministero della Salute per piani di ricerca (finalizzata e corrente) e per centri di referenza;
- Regioni per piani finalizzati;
- Comunità Europea;
- Enti pubblici e privati;
- Ministero della Salute quali contributi per oneri contrattuali del personale e finanziamento del processo di stabilizzazione del personale.

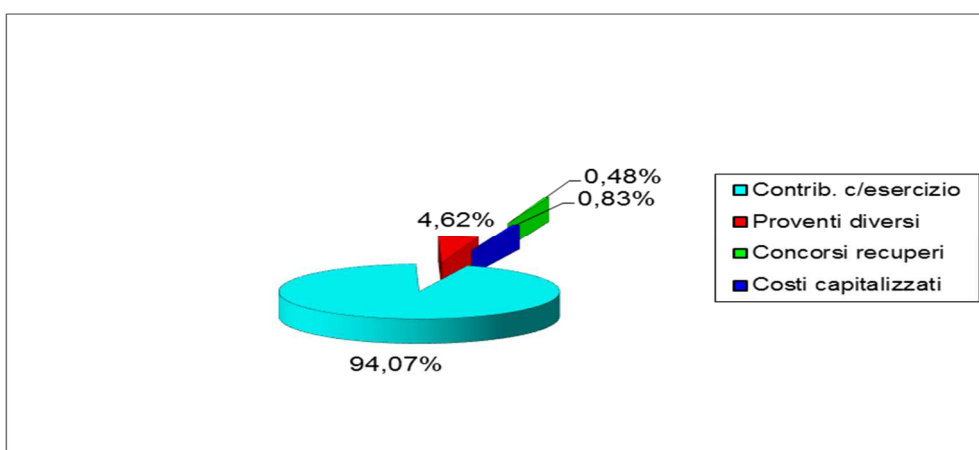
Nei proventi e ricavi diversi vengono rilevati:

- Ricavi per piani di profilassi quali brucellosi e leucosi;
- Proventi derivanti dall'applicazione del decreto 194/08 che prevede il versamento, da parte delle ASL, di una percentuale delle tariffe applicate su una serie di prestazioni quale contributo per l'attività svolta dai laboratori degli istituti Zooprofilattici;
- Proventi derivanti dall'applicazione del tariffario sulle prestazioni rese nei confronti dei privati, per la vendita di sieri e vaccini, attività di consulenza e formazione rese dal personale dell'Istituto, sponsorizzazioni;

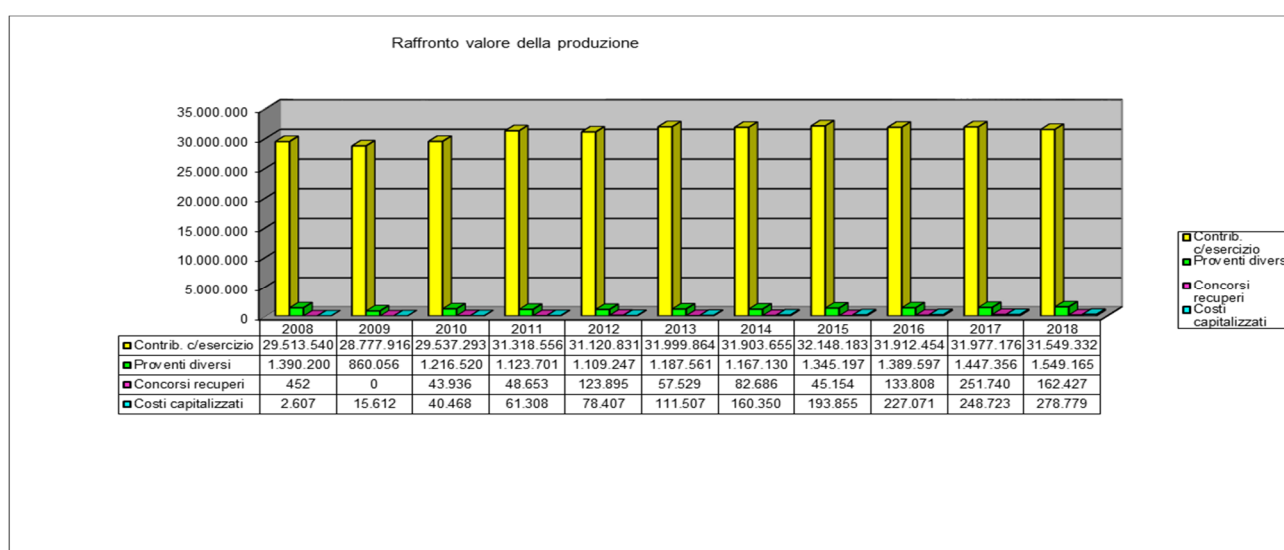
- Trattenute effettuate in sede di pagamento degli stipendi della quota a carico dei dipendenti dell'importo dei ticket restaurant;
- Altri ricavi non riconducibili nelle altre classificazioni.

Nei costi capitalizzati si è provveduto alla rilevazione delle sterilizzazioni delle quote di ammortamento dei beni inventariabili per i quali l'Ente ha ricevuto finanziamenti specifici in conto capitale.

Il grafico seguente mostra la composizione delle voci che compongono il valore della produzione:



Il grafico sottoriportato evidenzia il raffronto fra i dati dell'esercizio 2008, quelli dell'esercizio 2009, quelli dell'esercizio 2010, quelli dell'esercizio 2011, quelli dell'esercizio 2012, quelli dell'esercizio 2013, quelli dell'esercizio 2014, quelli dell'esercizio 2015, quelli dell'esercizio 2016, quelli dell'esercizio 2017 e quelli dell'esercizio 2018:

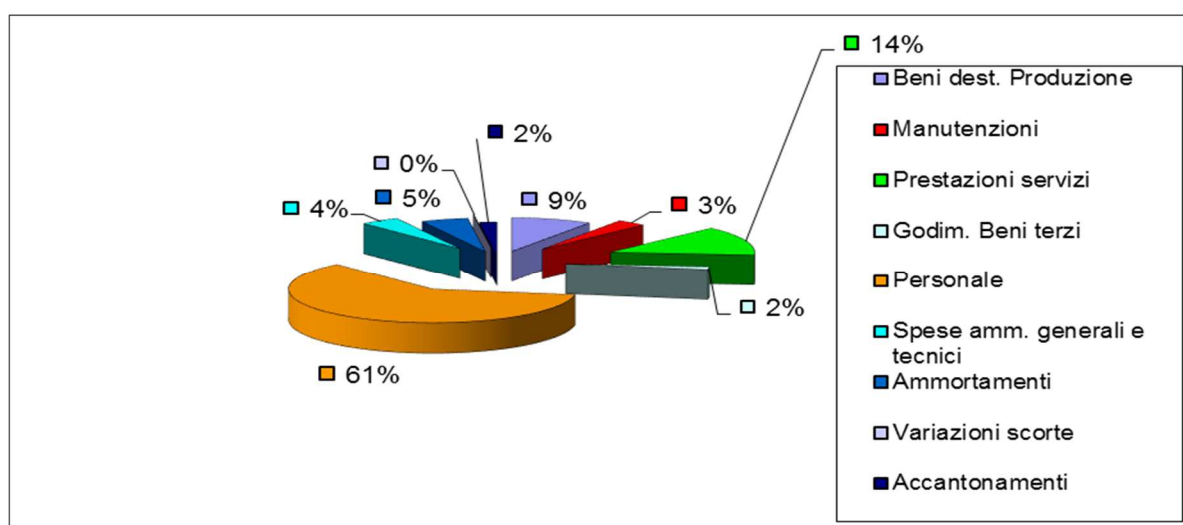


I costi relativi alla gestione ordinaria dell'Ente, che ammontano nel loro complesso ad Euro 31.504.508 si distinguono in :

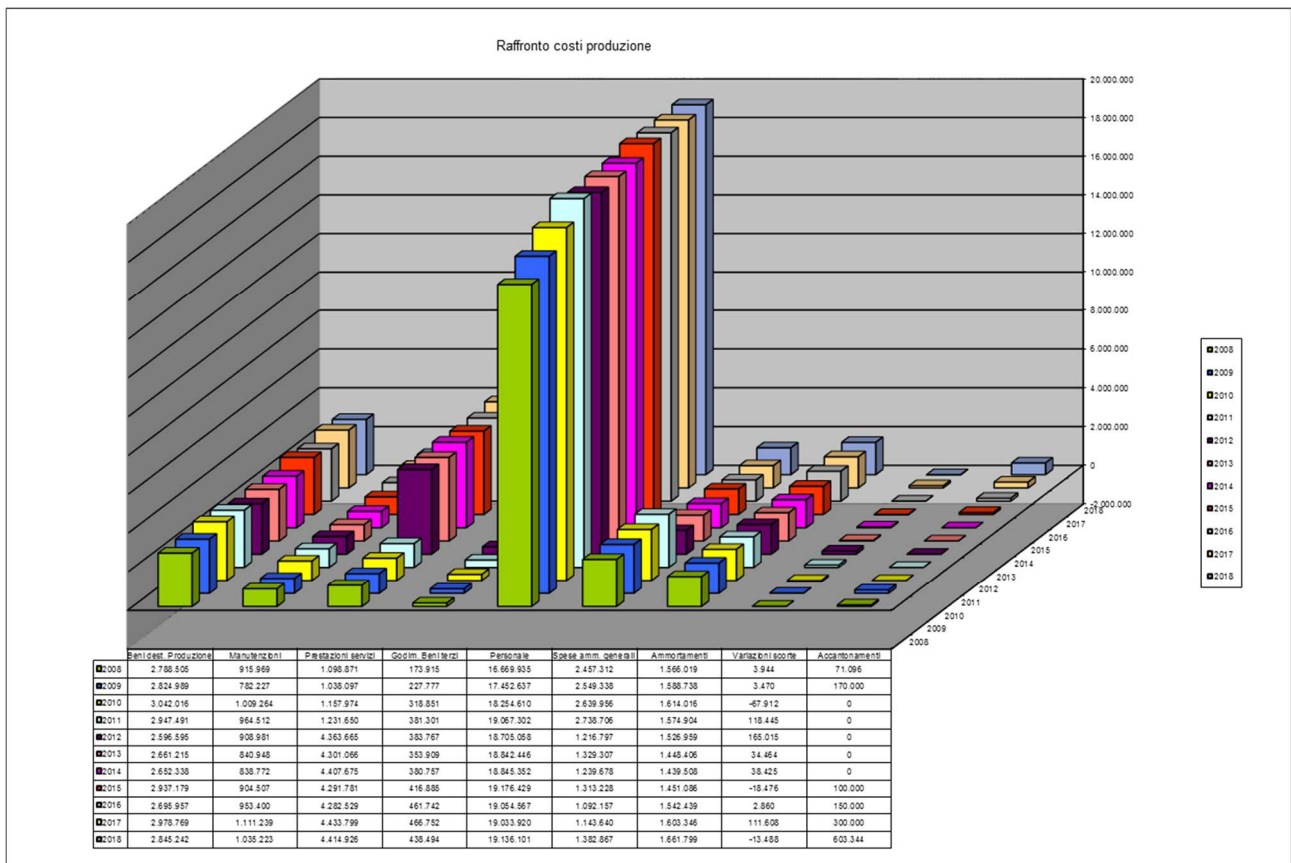


- Acquisti di beni destinati alla produzione;
- Manutenzioni;
- Costi per prestazioni di servizi;
- Godimento di beni di terzi;
- Costi del personale suddivisi per tipologia di contratto;
- Spese amministrative, generali;
- Servizi tecnici;
- Ammortamenti delle immobilizzazioni,
- Variazioni delle scorte;
- Accantonamenti;

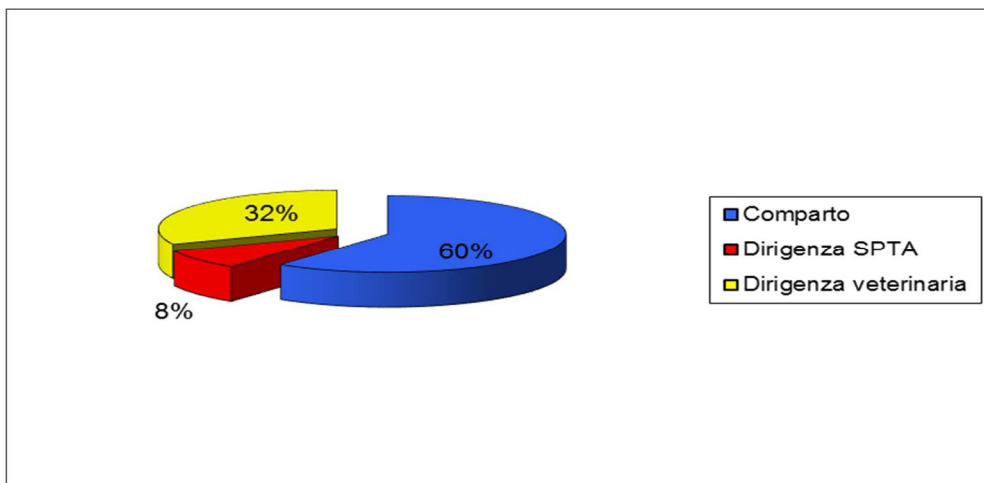
Il grafico sottoriportato evidenzia la composizione percentuale dei costi della produzione:



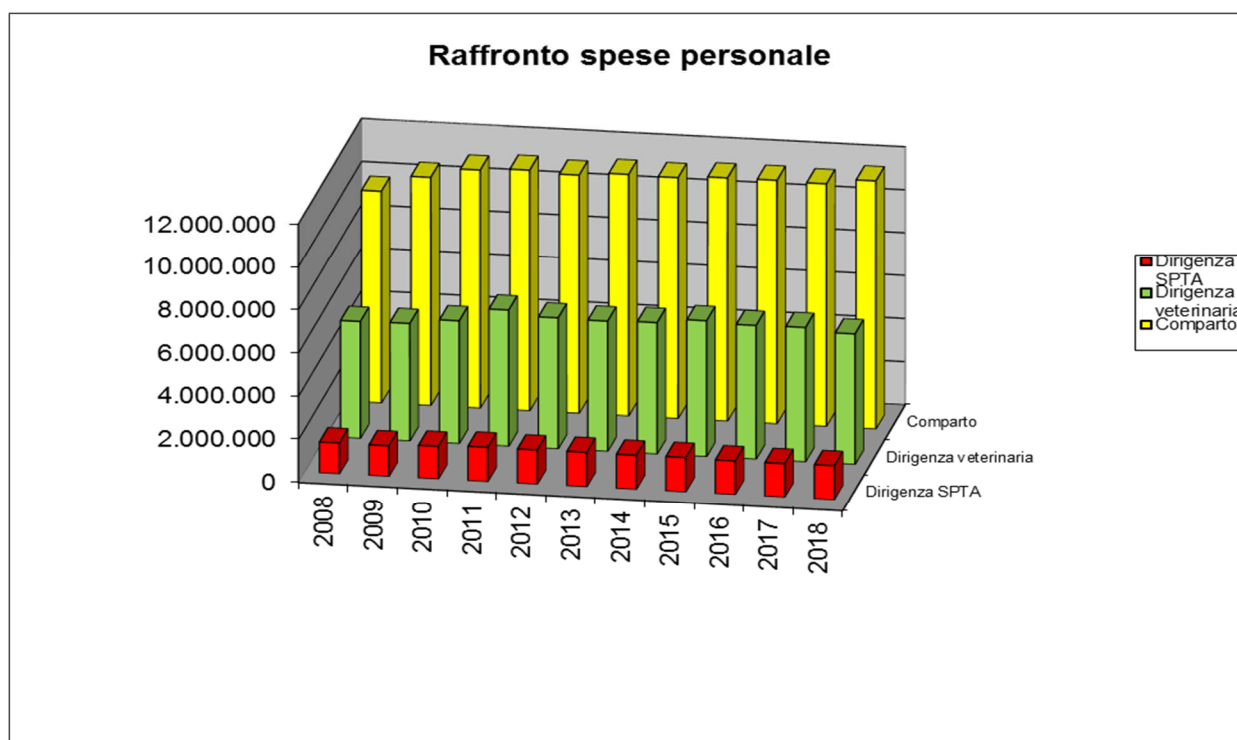
Il grafico sottoriportato evidenzia il raffronto fra i dati dell'esercizio 2008, quelli dell'esercizio 2009, quelli dell'esercizio 2010, quelli dell'esercizio 2011, quelli dell'esercizio 2012, quelli dell'esercizio 2013, quelli dell'esercizio 2014, quelli dell'esercizio 2015, quelli dell'esercizio 2016, quelli dell'esercizio 2017 e quelli dell'esercizio 2018:



Composizione della spesa per il personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta:



Il grafico sottoriportato evidenzia il raffronto fra i dati dell'esercizio 2008, quelli dell'esercizio 2009, quelli dell'esercizio 2010, quelli dell'esercizio 2011, quelli dell'esercizio 2012, quelli dell'esercizio 2013, quelli dell'esercizio 2014, quelli dell'esercizio 2015, quelli dell'esercizio 2016, quelli dell'esercizio 2017 e quelli dell'esercizio 2018:



A conclusione dell'analisi sulla gestione caratteristica si riportano i dati sull'attività di sorveglianza epidemiologica della BSE – Scrapie Blue Tongue e Centro di riferimento Encefalopatie Spongiformi Animali.

Per l'attività di sorveglianza epidemiologica della BSE – Scrapie Blue Tongue il finanziamento ministeriale complessivo è sensibilmente diminuito, da Euro 2.378.495 dell'esercizio 2007 a Euro 602.299 dell'esercizio 2008 a Euro 210.315 dell'esercizio 2009 ad Euro 215.643 dell'esercizio 2010, ad Euro 131.859 per l'esercizio 2011, ad Euro 121.086 per l'esercizio 2012, ad Euro 75.162,00 per l'esercizio 2013, ad Euro 37.296,11 per l'esercizio 2014, ad Euro 39.780,91 per l'esercizio 2015, ad Euro 55.941,81 per l'esercizio 2016, ad Euro 51.119,85 per l'esercizio 2017 e ad Euro 71.203,00 per l'esercizio 2018. L'andamento decrescente è dovuto al mancato riconoscimento delle spese per il personale stabilizzato e all'eliminazione delle spese generali a seguito della sospensione dei test sui bovini regolarmente macellati, dal 1 luglio 2013, in applicazione della Dec. 2013/76/UE che recepisce il parere dell'EFSA nel quale si considera che l'attuale sistema di sorveglianza debba essere orientato esclusivamente sulle categorie a rischio tenendo conto della quasi totale scomparsa dell'epidemia.

Per la BSE – Scrapie vanno evidenziati i seguenti fattori:

- a) incremento del numero degli esami del 20 % che passano da n. 11.713 del 2017 a n. 14.056 del 2018;
- b) spese generali: anche per l'esercizio 2018, così come per quelli 2008, 2009,2010,2011,2012,2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 il Ministero della Salute non ha più riconosciuto la quota relativa alle spese generali;
- c) il costo dei sistemi diagnostici rapidi per BSE e TSE (KIT) è stato pari ad Euro 65.018,15 contro una spesa di Euro 45.361,50 dell'esercizio 2017.

I dati contenuti nei rendiconti trimestrali inviati al Ministero della Salute sono i seguenti:

	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM	IV TRIM.	TOTALE
A – Esami eseguiti					
1) BSE	1.783	1.608	2.237	1.975	
	7.603				
2) Scrapie	1.850	1.571	1.094	1.938	6.453

Per la Blue Tongue il Ministero, così come per l'esercizio 2008, 2009, 2010, 2011,2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 non ha più riconosciuto nessun rimborso.

Per il Centro di referenza per le Encefalopatie Spongiformi Animali il finanziamento da parte del Ministero della Salute è passato da Euro 2.524.907 dell'esercizio 2007 a Euro 1.907.207 dell'esercizio 2008 a Euro 697.767 a valere per gli esercizi 2009/2010, a Euro 334.074 esclusivamente per l'esercizio 2009, un totale finanziamento a valere sugli esercizi 2010/2011 pari ad Euro 600.000,00, un finanziamento a valere sugli esercizi 2011/2012 pari ad Euro 615.000, un finanziamento a valere sugli esercizi 2012/2013 pari ad Euro 690.000,00, un finanziamento a valere sugli esercizi 2013/2014 pari ad Euro 1.196.174,00, un finanziamento a valere sugli esercizi 2014/2015 pari ad Euro 1.118.912,94, un finanziamento a valere sugli esercizi 2015/2016 pari a Euro 1.445.867,94 e un finanziamento a valere sugli anni 2016/2017 pari a Euro 1.910.000,00 prorogato sino a dicembre 2018.

## b) Investimenti

Nel 2018 infatti i dati contabili evidenziano la consistenza degli incrementi degli investimenti, che si articolano nei seguenti valori:

<i>Voce di stato patrimoniale</i>	Valore originale	Incrementi	Decrementi	Immob. in corso	Valore al lordo dei f.di ammort.
	+	+	-	+	=
<i>Fabbricati</i>	18.579.169	90.854			18.670.023
<i>Impianti e macchinari</i>	4.595.966	30.262			4.626.228
<i>Attrezzature tecnico scientifiche</i>	17.401.336	558.098			17.959.434
<i>Mobili e arredi</i>	1.293.108	23.082			1.316.190
<i>Automezzi</i>	27.673	0	0		27.673
<i>Attrezzature elettroniche indisponibili</i>	3.572.734	319.124			3.891.858
<b>Totale immobilizzazioni materiali</b>	45.469.986	1.021.420	0		46.491.406

## c) Gestione finanziaria e straordinaria

La gestione finanziaria non evidenzia valori di rilievo, in particolare gli interessi passivi per anticipazioni di tesoreria risultano pari a zero in quanto il nostro Ente non ha dovuto ricorrere all'anticipazione da parte dell'Ente tesoriere nel corso degli esercizi 2010,2011,2012, 2013, 2014, 2015, 2016,2017 e 2018.

La gestione straordinaria evidenzia un ammontare delle sopravvenienze ed insussistenze attive per un totale di Euro 426.818 e un ammontare delle sopravvenienze ed insussistenze passive per un totale di Euro 313.626.

#### d) Commento al risultato d'esercizio

L'esercizio 2018 si chiude con un utile pari ad Euro 700.902 che viene destinato alla copertura degli investimenti attraverso il finanziamento:

- del piano triennale opere pubbliche,
- dei piani di acquisizione delle attrezzature.

#### e) Indici di bilancio

La relazione sulla gestione si conclude con l'esposizione di alcuni indici di bilancio e con l'esposizione, sottoforma di tabella e di grafico, dell'andamento degli indici nel corso degli esercizi 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018.

#### INDICI DI REDDITIVITA'

- **ROS - Return on sales:** l'indice esprime la remuneratività delle vendite e viene calcolato dal seguente rapporto:

$$\text{Risultato operativo gestione caratteristica} = \frac{2.035.195}{33.539.703} = 6\%$$

Ricavi di vendita                      33.539.703

- **ROI – Return on investments:** indica la redditività della gestione caratteristica rispetto al capitale investito e viene calcolato dal seguente rapporto:

$$\text{Risultato operativo gestione caratteristica} = \frac{2.035.195}{60.260.783} = 3,3\%$$

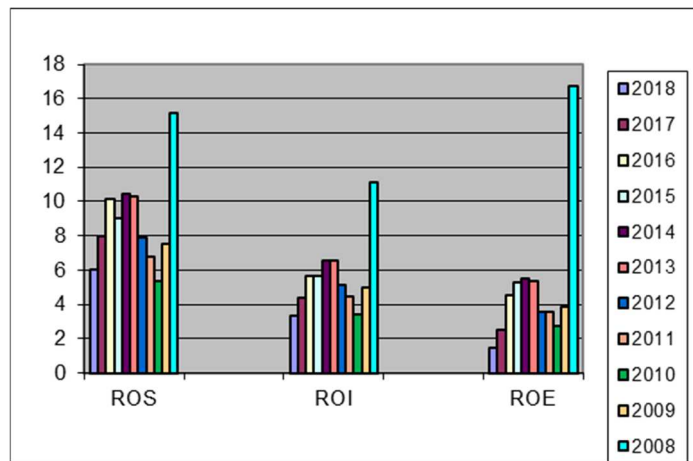
Totale attivo                              60.260.783

- **ROE – Return on equity:** esprime la redditività dell'azienda sul patrimonio netto investito e viene determinato dal seguente rapporto:

$$\text{Utile (Perdita) di esercizio} = \frac{700.902}{44.967.768} = 1,5\%$$

Patrimonio Netto                      44.967.768

INDICI DI REDDITIVITA'	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
ROS	6	8	10,18	9,03	10,42	10,3	7,91	6,8	5,36	7,52	15,16
ROI	3,3	4,4	5,64	5,65	6,54	6,57	5,15	4,48	3,4	5,01	11,12
ROE	1,5	2,5	4,52	5,3	5,5	5,37	3,58	3,53	2,77	3,85	16,77



## INDICI FINANZIARI

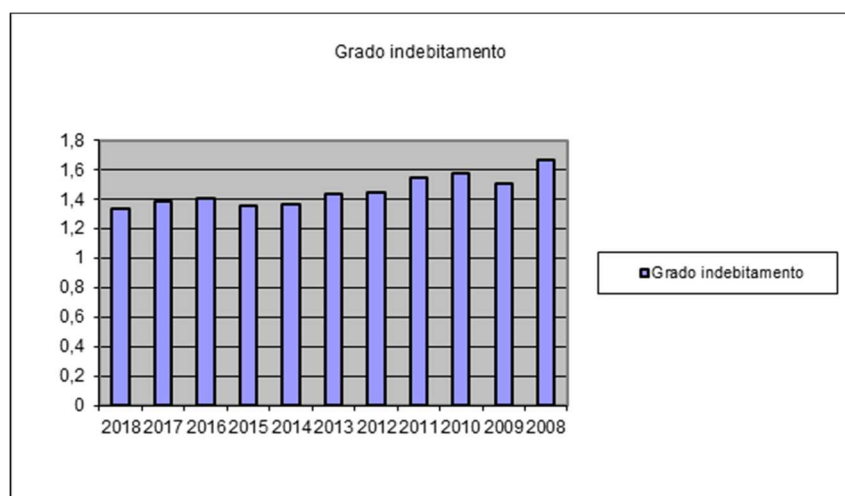
- **Grado di indebitamento:** esprime in quale misura l'attivo viene finanziato con capitale proprio e viene calcolato con il seguente rapporto:

$$\frac{\text{Totale attivo}}{\text{Patrimonio netto}} = \frac{60.260.783}{44.967.768} = 1,34$$

**Patrimonio netto**      **44.967.768**

Il dato dimostra come la situazione finanziaria dell'Istituto sia positiva, mantenendosi ad un livello superiore al normale equilibrio finanziario.

INDICI FINANZIARI	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Grado indebitamento	1,34	1,39	1,41	1,36	1,37	1,44	1,45	1,55	1,58	1,51	1,67



## MARGINI

- **Margine di tesoreria:** viene calcolato facendo la differenza tra liquidità e passività.

Il valore esprime la capacità a far fronte alle passività con la propria liquidità.

La liquidità viene determinata sommando le seguenti voci dell'attivo circolante: crediti, disponibilità liquide, ratei, mentre per le passività a breve si intendono i debiti, oltre ai ratei passivi.

**Attività - Passività = Margine di tesoreria**  
**46.505.019                      14.550.485                      31.954.534**

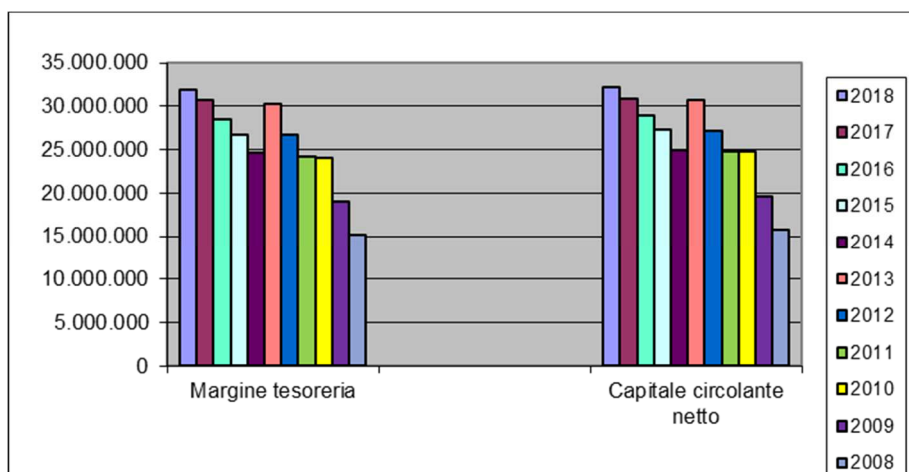
Il valore del margine di tesoreria dimostra la capacità dell'Istituto nel far fronte ai debiti con le proprie liquidità.

- **Capitale circolante netto:** viene determinato dalla differenza tra l'attivo corrente ed il passivo corrente ed indica in quale misura l'attivo corrente (liquidità + disponibilità + rimanenze di magazzino) è in grado di rimborsare il passivo corrente.

**Attivo corrente - Passivo corrente = Capitale circolante netto**  
**46.733.336                      14.550.485                      32.182.851**

Tale valore dimostra la capacità dell'Ente a rimborsare i propri debiti considerando anche la possibilità di smobilizzare le rimanenze di magazzino.

MARGINI	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Margine tesoreria	31.954.534	30.712.904	28.547.567	26.747.693	24.582.681	30.322.881	26.727.331	24.247.337	24.048.347	19.042.541	15.134.924
Capitale circolante netto	32.182.851	30.927.606	28.950.341	27.289.016	24.893.375	30.672.000	27.111.914	24.796.935	24.716.390	19.642.672	15.738.525





## f) dati sull'attività

Si espongono di seguito i grafici che evidenziano le attività svolte nel corso dell'esercizio 2017 confrontate con il 2016:

### STRUTTURE COMPLESSE

#### SETTORE SANITARIO

Z01 S.C. DIAGNOSTICA GENERALE E COORD. SANITA' E BENESSERE ANIMALE

Z02 S.C. BIOTECNOLOGIE

Z03 S.C. CONTROLLO ALIMENTI E IGIENE DELLE PRODUZIONI

Z04 S.C. CONTROLLO CHIMICO E AMBIENTALE CON ANNESSO CREA

Z05 S.C. NEUROSCIENZE CON ANNESSO CEA E COORD. ISTOPATOLOGIA E TEST RAPIDI

Z07 S.C. AREA TERRITORIALE PIEMONTE

Z08 S.C. SEZIONE CUNEO

Z09 S.C. VALLE D'AOSTA CON ANNESSO CERMAS

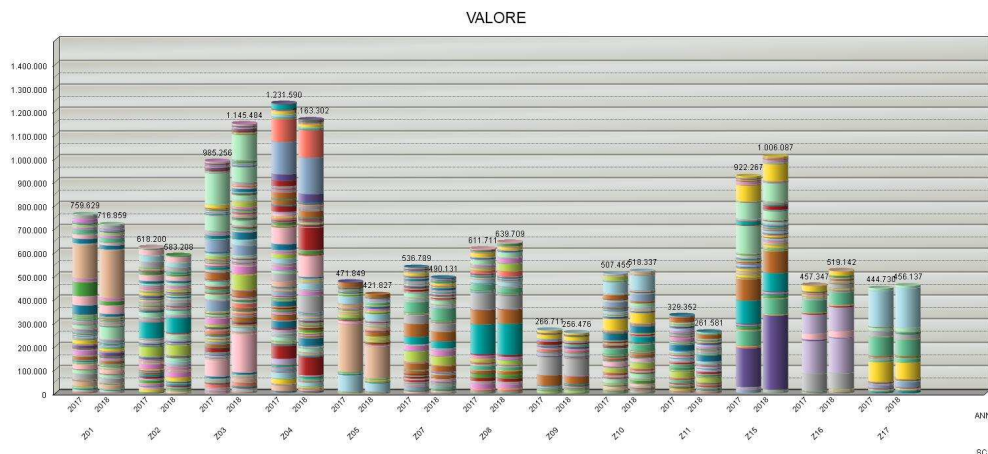
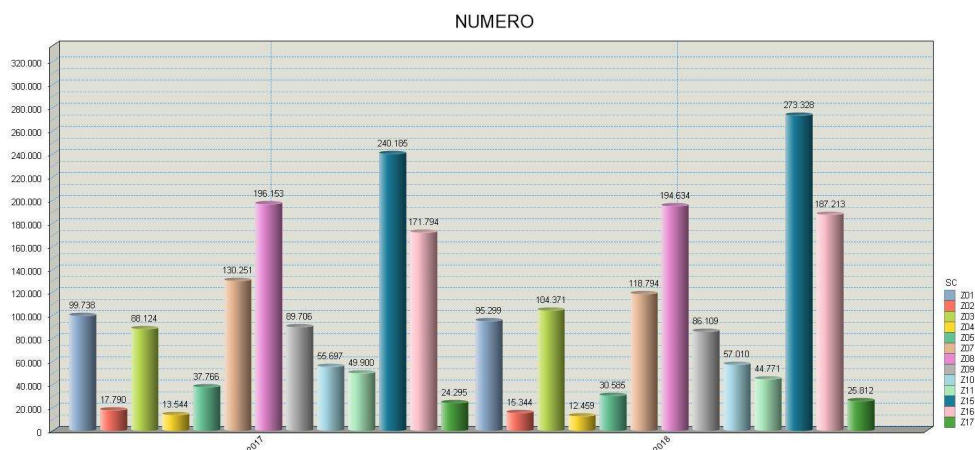
Z10 S.C. GENOVA E SAVONA CON ANNESSO CEROVEC E COORD. LIGURIA

Z11 S.C. SEZIONI IMPERIA E LA SPEZIA

Z15 S.C. VIROLOGIA

Z16 S.C. SIEROLOGIA

Z17 S.C. ISTOPATOLOGIA E TEST RAPIDI



### **Procedimenti disciplinari**

Nel 2013 si sono svolti n. 2 procedimenti disciplinari di cui uno nei confronti di un dipendente del comparto e uno nei confronti di un dirigente; entrambi conclusi con l'erogazione di una sanzione.

Nel 2014 si sono svolti n. 2 procedimenti disciplinari, di cui uno nei confronti di un dipendente del comparto e uno nei confronti di un dirigente; entrambi conclusi con l'erogazione di una sanzione.

Nel 2015 sono stati avviati n. 5 procedimenti disciplinari: 1 nei confronti di personale dirigenziale concluso con l'archiviazione; n. 4 nei confronti di personale del comparto dei quali uno archiviato, gli altri conclusi con l'irrogazione di una sanzione.

Inoltre, si è concluso con l'archiviazione un procedimento disciplinare, avviato in precedenza e poi sospeso, nei confronti di un dirigente.

Nel 2016 c'è stato un solo procedimento disciplinare relativo a personale del comparto conclusosi con l'irrogazione di una sanzione.

Nel 2017 non si sono svolti procedimenti disciplinari.

Nel 2018 c'è stato un solo procedimento disciplinare relativo a personale del comparto conclusosi con l'irrogazione di una sanzione. Si precisa che la motivazione non è legata a fatti corruttivi.

Nel 2019 non si sono svolti procedimenti disciplinari.

### **Aree di attività**

#### **Area di attività: la salute degli animali**

La tutela e il miglioramento dello stato sanitario degli animali sono obiettivi primari dell'Istituto Zooprofilattico del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta (IZSPLV) in funzione sia del raggiungimento del più elevato grado di sicurezza degli alimenti, sia della salvaguardia delle produzioni e del benessere animale. Le attività diagnostiche dell'IZSPLV in questo ambito riguardano la tutela della salute e del benessere degli animali dei settori di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, ovicaprino, aviario, cunicolo, ittico, apistico), degli animali selvatici, domestici e sinantropi. Per il raggiungimento di tali obiettivi l'IZSPLV offre una vasta gamma di servizi diagnostici sulle principali malattie degli animali con particolare riferimento alle zoonosi, le malattie degli animali trasmissibili all'uomo. Tali malattie hanno una notevole ricaduta sulla salute pubblica, a tal proposito infatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale ha stimato che circa il 60% dei patogeni che colpiscono l'uomo siano di origine animale, che il 75% delle patologie animali emergenti abbiano potenziale zoonosico, e che l'80% dei patogeni impiegabili come armi di bioterrorismo siano di origine animale. È fondamentale

pertanto prevenire e controllare le patologie di animali domestici e selvatici che potrebbero essere fonte di contagio per l'uomo sia direttamente (ad es. per contatto con l'animale malato) sia indirettamente, ad esempio tramite insetti vettori, oppure attraverso il consumo di alimenti contaminati.

L'IZSPLV è quotidianamente impegnato nella sorveglianza e nella diagnosi delle principali zoonosi, quali ad esempio le micobatteriosi, la brucellosi, la rabbia, la leptospirosi, il carbonchio, la tularemia, le salmonellosi e le colibacillosi. Nell'ambito del controllo delle zoonosi e al contempo della sicurezza alimentare, un ruolo particolare va attribuito all'attività svolta nei confronti dell'encefalopatia spongiforme bovina, nota come il "morbo della mucca pazza". L'allarme suscitato da questa malattia, che fa parte delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE), è dovuto al fatto che è responsabile della variante di Creutzfeldt-Jakob nell'uomo, patologia identificata in Gran Bretagna nel 1996. Dall'inizio della sorveglianza, Gennaio 2001, è attivo un programma di sorveglianza "attiva" basato sull'effettuazione di test diagnostici sul cervello dei bovini prima del loro ingresso nella catena alimentare. In Italia il sistema di sorveglianza sui bovini e la costante eliminazione delle parti del bovino che potrebbero essere a rischio per i consumatori è stato riconosciuto così efficace da ottenere il riconoscimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'impegno dell'IZSPLV nell'ambito del piano di sorveglianza della BSE è significativo anche nel controllo dei mangimi per ruminanti, in particolare per la ricerca al loro interno di farine di origine animale, il cui utilizzo è stato vietato dal luglio del 1994 in quanto riconosciute come principale, se non unico, veicolo di trasmissione della BSE.

L'IZSPLV fornisce inoltre la consulenza operativa nell'ambito di piani nazionali o regionali di prevenzione, controllo ed eradicazione delle principali malattie animali. Tali piani sono indirizzati da un lato a ridurre la frequenza o a eliminare malattie presenti negli allevamenti, dall'altro a prevenire l'introduzione di nuove infezioni. Alla base della loro attuazione sta la collaborazione tra i Servizi Veterinari delle ASL per le attività in campo e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali cui competono le attività diagnostiche ed epidemiologiche. Una delle attività principali è stata la partecipazione alla realizzazione dei piani nazionali di eradicazione di alcune malattie degli animali quali tubercolosi bovina, della brucellosi bovina e ovicaprina e della leucosi bovina enzootica. L'intero territorio di competenza dell'IZSPLV oggi può considerarsi indenne dalla brucellosi e della leucosi. Degno di nota è che nel 2016 il Piemonte ha ottenuto con decisione della Commissione Europea il riconoscimento della qualifica di area ufficialmente indenne per tubercolosi bovina.

Sono, inoltre, in atto i piani di sorveglianza e di controllo malattie infettive e contagiose degli animali

come ad esempio la blue tongue, la rinotracheite infettiva del bovino, la diarrea virale bovina-malattia delle mucose, la paratubercolosi, il morbo di Aujeszky del suino, la mixomatosi del coniglio, la rinopolmonite equina oltre che di agenti di malattia alimentare per l'uomo presenti negli allevamenti avicoli quali le salmonelle. Gli interventi in questo ambito comprendono, tra le altre attività, la produzione di presidi immunizzanti per il risanamento ed il miglioramento del comparto zootecnico.

Negli ultimi anni i cambiamenti climatici e ambientali, l'aumento demografico, l'incremento dell'urbanizzazione e dei movimenti dell'uomo e degli animali hanno permesso una diffusione di malattie infettive "esotiche" in Europa. In questo contesto l'ISZPLV è impegnato a contrastare la diffusione delle malattie trasmesse da vettori, quali zanzare e zecche. Sul proprio territorio di competenza l'ISZPLV cattura, identifica e analizza gli insetti vettori al fine di individuare la presenza di agenti patogeni responsabili di infezioni nell'uomo e negli animali. L'intensa attività ha permesso di scoprire nel 2014 la prima positività per il virus West Nile in Piemonte, in zanzare catturate in provincia di Alessandria.

Una parte delle attività diagnostiche svolte dall'ISZPLV è rivolta alla promozione del benessere animale degli animali domestici, degli animali da reddito e degli animali utilizzati a fini sperimentali. A tal riguardo l'ISZPLV riveste un ruolo chiave nella gestione dei casi di sospetto avvelenamento negli animali per i territori di sua competenza. In particolare, l'ISZPLV ha il compito di confermare o escludere il sospetto di avvelenamento, identificare le molecole responsabili ed eseguire studi opportuni che consentono alle Province ed alle Regioni di redigere annualmente le mappe epidemiologiche del fenomeno. Nei casi di avvelenamento vengono eseguiti gli accertamenti necessari a formulare una diagnosi corretta, partendo da esami anatomopatologici, analisi delle esche o del contenuto gastrico, per orientare un eventuale successivo esame tossicologico. Completano l'attività in questo ambito lo studio e la valutazione del benessere animale attraverso un approccio basato sulla valutazione di parametri chimico-clinici ed immunologici sia nelle specie di interesse zootecnico che in quelle d'affezione, tra cui anche i cani utilizzati nelle sedute di pet therapy e i cavalli sportivi durante il periodo delle competizioni.

Da tempo, l'ISZPLV è inoltre attivamente impegnato nella sorveglianza sanitaria dei mammiferi marini spiaggiati. Lo studio delle cause di spiaggiamento costituisce una materia multidisciplinare, in quanto molti fattori possono interagire determinando la morte dell'animale. Le patologie riscontrate hanno un peso significativo sia in termini di conservazione delle specie sia di salute pubblica. Questi animali possono essere veicoli di potenziali malattie trasmissibili all'uomo e

rappresentano quindi un pericolo sia per gli operatori che per il pubblico che viene a contatto con loro.

### **Area di attività: la sicurezza degli alimenti**

Garantire un elevato livello di sicurezza degli alimenti è uno dei principali obiettivi dell'Istituto. Così come richiesto dalla Comunità Europea a garanzia della sicurezza alimentare, anche l'Istituto Zooprofilattico opera secondo una strategia basata sull'approccio integrato, fatto di controlli lungo la filiera agroalimentare, che "dal campo alla tavola" possano verificare e monitorare i vari passaggi produttivi.

Nel corso dei decenni, il concetto di sicurezza alimentare ha subito una evoluzione sostanziale almeno nei paesi occidentali e industrializzati: nel dopoguerra, per sicurezza alimentare si intendeva, in termini quantitativi, l'adeguato approvvigionamento di cibo per i cittadini; oggi il concetto di sicurezza è declinato in termini qualitativi e ha come obiettivo l'assunzione di alimenti che non veicolino pericoli chimici, fisici o microbiologici e che siano inoltre attenti alle diverse classi di consumatori (neonati e bambini, grandi anziani, allergici ad esempio) e alle loro rispettive esigenze. Sebbene ci sia la condivisa consapevolezza che il "rischio zero" per il consumatore non esista, l'obiettivo dei controlli e delle verifiche lungo la filiera produttiva alimentare è quello di ridurre a livello accettabile il rischio di malattie a trasmissione alimentare.

Le malattie che si manifestano in seguito al consumo di alimenti contaminati sono moltissime e gli ultimi dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità affermano che ogni anno almeno una persona su 10 è coinvolta in un episodio di tossinfezione alimentare, responsabile di circa 420.000 decessi nel mondo. Tra gli agenti veicolati dagli alimenti, in genere, quelli microbiologici (parassiti, batteri, virus) hanno effetti a breve termine e sintomatologia acuta. I contaminanti chimici (metalli pesanti, fitofarmaci e farmaci veterinari) sono invece, molto più spesso, responsabili di quadri sintomatologici a medio-lungo termine e caratterizzati anche dal cosiddetto effetto accumulo, per l'esposizione di un soggetto alla fonte di contaminazione per un lungo periodo o per tutta la vita. I pericoli fisici, infine, sono meno facilmente inquadrabili, ma per la loro natura, possono causare sintomatologia acute e improvvise (come ad esempio un grosso chiodo che perfori lo stomaco) o anche quadri patologici a più lenta evoluzione (come ad esempio un piccolo frammento di vetro capace di creare micro-emorragie a livello intestinale).

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte Liguria e Valle d'Aosta, nel contesto della sicurezza alimentare si configura sotto due principali aspetti: come laboratorio ufficiale e come ente

di ricerca scientifica.

In primo luogo, l'Istituto è il Laboratorio Ufficiale che, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale effettua i controlli sui campioni di alimenti prelevati nell'ambito dei piani di monitoraggio, redatti centralmente dal Ministero della Salute e declinati, a livello territoriale, da Regioni e da ASL.

I controlli interessano tutte le fasi di produzione degli alimenti e tutte le tipologie di pericoli. Vengono ad esempio analizzati campioni di alimenti ad uso zootecnico- mangimi, primo vero nodo cruciale dell'intera filiera alimentare, oppure campioni prelevati al macello per la ricerca di residui di farmaci veterinari o agenti patogeni, campioni di latte e derivati del latte nelle aziende, nei caseifici o presso i distributori automatici di latte crudo, ancora sono prelevati alimenti già posti in commercio per verificare che siano idonei al consumo umano e che rispettino i criteri di sicurezza imposti dalla Unione Europea.

Per quanto riguarda i mangimi impiegati per le razioni degli animali zootecnici, il "Piano Nazionale Alimentazione Animale", a tutela della salute pubblica, fissa i criteri di salubrità, sicurezza e qualità dei prodotti di origine animale tramite il controllo dei mangimi.

Per quanto riguarda i pericoli chimici, l'Istituto effettua le indagini di laboratorio principalmente nel contesto del cosiddetto "Piano Nazionale Residui". Sono ricercate due tipologie di molecole farmacologiche: i residui di sostanze vietate (come gli ormoni sessuali, gli anabolizzanti e simili) e i residui dei farmaci ad uso veterinario, che possono essere impiegati per la terapia degli animali di allevamento ma per i quali è necessario rispettare il cosiddetto "tempo di sospensione" cioè un periodo specifico di giorni dal termine della terapia all'impiego dei prodotti animali a fini alimentari umani. Pertanto, le prime molecole devono essere assenti negli alimenti, mentre per le seconde sono fissati dei limiti massimi residuali che non devono essere superati. Altre molecole chimiche oggetto delle indagini ufficiali sono i contaminanti ambientali, i metalli pesanti e i fitofarmaci per i quali sono anche fissati, a livello europeo dei limiti di tolleranza che rappresentano valori soglia che non devono essere superati.

Per quanto riguarda i pericoli microbiologici, sono fissati a livello europeo i criteri di accettabilità di prodotto (Regolamento CE 2073/2005 e s.m.i.): gli alimenti sono quindi prelevati nelle varie fasi della filiera alimentare (dalla preparazione alla distribuzione) ed analizzati per la verifica di parametri di sicurezza rappresentati dai microrganismi patogeni, e dei parametri del livello igienico-sanitario. I primi sono microrganismi la cui presenza può determinare malattia alimentare direttamente o attraverso le loro tossine, mentre i batteri indicatori d'igiene sono quei microrganismi non dannosi di per sé ma la cui presenza e quantificazione può dare indicazioni sul

livello igienico del prodotto relativamente alle fasi di manipolazione, preparazione e conservazione. La sicurezza degli alimenti inoltre non può prescindere dalla valutazione della loro integrità ed autenticità, infatti le frodi alimentari preoccupano gli italiani più delle frodi finanziarie. In Italia ogni anno tonnellate di prodotti alimentari sono sequestrati, per un valore economico di oltre mezzo miliardo di euro. I laboratori dell'Istituto sono ad esempio stati in prima linea durante lo scandalo carne di cavallo, designati dal Ministero della Salute per effettuare i controlli sulle preparazioni di carne nell'ambito del piano di monitoraggio per presenza di carne di cavallo negli alimenti, coordinato dalla Commissione Europea. Inoltre, relativamente alle frodi in campo ittico, i laboratori svolgono attività di verifica sullo stato di conservazione del pesce (fresco o congelato), per le ripercussioni sia di carattere sanitario che commerciale, e le verifiche sulla corretta identificazione delle specie ittiche e del loro relativo valore commerciale.

### **Area di attività: la ricerca scientifica**

Ai comparti della sanità animale e della sicurezza alimentare si aggiunge poi la trasversale area di attività di ricerca sugli argomenti di competenza. Sono attivi 120 progetti di cui l'83% finanziati dal Ministero della Salute e il 17% finanziati da Fondazioni bancarie, Camere di Commercio, Poli di Innovazione e Regioni. Le attività di ricerca sono strutturate secondo il perseguimento di due principali obiettivi: l'indagine e l'approfondimento di temi di attualità o di comprovata importanza in ambito di salute pubblica e, in secondo luogo, lo studio e messa a punto di metodi innovativi da applicare nelle attività istituzionali dell'Ente e dei suoi vari laboratori. In quest'ottica quindi, alcune idee progettuali nascono da situazioni nuove, malattie emergenti o focolai inattesi e si concentrano, ad esempio, sulle indagini di popolazione per studiare l'incidenza di malattie, per indagare la prevalenza di determinati microrganismi patogeni in alimenti, ambienti o animali, o ancora per verificare la frequenza di comportamenti fraudolenti o scorretti o per trovare trattamenti alternativi nelle pratiche zootecniche o di trasformazione degli alimenti. Parallelamente, altri spunti per realizzare progetti di ricerca nascono dalla attività quotidiana dei laboratori: nello svolgimento dei Controlli Ufficiali infatti, l'esigenza di rispondere in maniera sempre rapida, sensibile e specifica alle richieste dell'utenza, (sia essa rappresentata dal Servizio Sanitario Nazionale, dalle Forze dell'Ordine o da altri enti) è quanto mai pressante. Per questa serie di motivi, la necessità di messa a punto e validazione di tecniche analitiche affidabili e sempre più rapide, guida una buona parte dei progetti di ricerca. Al termine dei progetti infatti, molto spesso queste tecniche entrano nella rosa dei metodi utilizzati nei controlli ufficiali o, a supporto di quelli tradizionali, sono utilizzati per indagini di

secondo livello o di approfondimento. L'intensa attività di ricerca si è materializzata, nell'ultimo triennio, con oltre 300 pubblicazioni su riviste scientifiche e più di 600 comunicazioni a congressi nazionali e internazionali.



## 8 - IL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno e di mettere in luce i fattori di rischio al fine di porre in essere adeguate misure di prevenzione.

Tale analisi verte sia sul contesto sociale ed economico che sulle situazioni criminali e corruttive presenti sul territorio, tenendo, altresì, in considerazione il territorio.

In particolare, per quanto riguarda l'Istituto è necessario porre attenzione anche sulla situazione zootecnica delle tre regioni.

Una lettura puntuale sulla situazione della **Regione Piemonte** è la Relazione annuale dell'IRES, Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte, articolata anche per ambiti sub regionali, che analizza l'andamento socio-economico e territoriale della Regione, in particolare: Economia, Società e Lavoro, Immigrazione, il Sistema Salute, Mobilità e Ambiente. La Relazione si trova al seguente indirizzo: [https://www.ires.piemonte.it/relazione2019/RelazioneAnnuale2019\\_WEB.pdf](https://www.ires.piemonte.it/relazione2019/RelazioneAnnuale2019_WEB.pdf)

Per quanto riguarda la situazione economica e la realtà sociale della **Regione Liguria**, risultano approfondite le ricerche svolte da Liguria Ricerche, una società della Regione Liguria istituita a supporto della programmazione economica della regione stessa. E', pertanto, una struttura competente per lo svolgimento di attività di indagine in campo socioeconomico e territoriale a supporto dell'azione di programmazione, in analogia ad omologhe realtà presenti nelle principali regioni italiane. L'attività conoscitiva, interpretativa e propositiva è orientata ai settori strategici dell'economia locale. Il sito è raggiungibile al seguente indirizzo: <http://www.liguriaricerche.eu/it/azienda/presentazione.php>

Per procedere ad un'analisi più dettagliata della **Regione Autonoma Valle d'Aosta** è utile, invece, prendere visione della documentazione pubblicata sul sito dell'OES, l'Osservatorio Economico e Sociale della Valle d'Aosta e reperibile all'indirizzo <http://www.regione.vda.it/statistica/>. Di particolare interesse risulta, altresì, il Documento di Economia e Finanza regionale per il triennio 2019-2021 della Regione Autonoma Valle d'Aosta, rintracciabile al seguente indirizzo: <https://www.regione.vda.it/finanze/bilancio/pdf/2019-DEFR%202019-2021.pdf>.

Occorre, in ogni modo, tenere presente che la corruzione è un fenomeno complesso, dinamico e multidimensionale e, proprio per questo, come è stato sottolineato in una circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica (circolare n. 1 del 25.01.2013), la parola “corruzione” possiede un carattere polisemico.

Una conoscenza approfondita dell’ambiente esterno consente di mettere in azione misure preventive e di dare maggiormente evidenza ai fenomeni che appaiono, anche se occorre tener presente che serve una visione ampia del fenomeno, della sua analisi e della prevenzione dello stesso.

## Il Territorio

L’Azienda si estende su un territorio alquanto vasto comprendente tre regioni, con 13 province:



Regione	Popolazione residenti	Superficie km <sup>2</sup>	De abita		
Piemonte	4.356.406	25.387,07	171,60	1.181	8
Liguria	1.550.640	5.416,21	286,30	234	4
Valle d'Aosta	125.666	3.260,90	38,54	74	1
<b>Totale</b>	<b>6.032.712</b>	<b>34.064,18</b>	<b>165,48</b>	<b>1.489</b>	<b>13</b>

Il territorio è corrispondente all' 11,27% di quello nazionale, caratterizzato da una densità abitativa (abitanti/km<sup>2</sup>) più bassa rispetto alla media nazionale (200).7

La superficie è così suddivisa:

#### Zone collinari

Regione	Superficie (ha)	Percentuale sul totale Italia
Piemonte	769.848	6,1%
Liguria	189.211	1,5%
Valle d'Aosta	0	0%

#### Zone montuose

Regione	Superficie (ha)	Percentuale sul totale Italia
Piemonte	1.098.677	10,4%
Liguria	189.211352.813	3,3%
Valle d'Aosta	3.260.322	3,1%

#### Zone pianeggianti

Regione	Superficie (ha)	Percentuale sul totale Italia
Piemonte	671.458	9,6%
Liguria	0	0%
Valle d'Aosta	0	0%

#### Zona marina

Lo sviluppo costiero della penisola italiana e delle sue isole si aggira sui 7458 km.

Il mar Ligure attraversa tutte e quattro le province liguri di Savona, Imperia, Genova e La Spezia, per una lunghezza complessiva di circa 330 km.

#### Popolazione animale: gli allevamenti nelle tre regioni al 31 dicembre 2018 <sup>8</sup>

PIEMONTE	
allevamenti bovini e bufalini attivi	11.652
allevamenti ovini attivi	3.987
allevamenti caprini attivi	6.538
allevamenti suini attivi	2.425

<sup>7</sup> Fonte dati: [www.tuttoitalia.it](http://www.tuttoitalia.it)  
Dati aggiornati al 01/01/2019

<sup>8</sup> Fonte: - Fonte: BDN (banca dati nazionale) al 31/12/2018

allevamenti di gallus gallus attivi	320
allevamenti di galline ovaiole attivi	132
allevamenti di tacchini attivi	19
altri allevamenti avicoli attivi (selvaggina, quaglie, oche, anatre, ecc..)	411
allevamenti di equidi attivi (cavalli, asini, muli)	14.358
<b>VALLE D'AOSTA</b>	
allevamenti bovini attivi	1.449
allevamenti ovini attivi	223
allevamenti caprini attivi	372
allevamenti suini attivi	Solo familiari
allevamenti avicoli attivi	Solo rurali
allevamenti di equidi attivi	739
<b>LIGURIA</b>	
allevamenti bovini e bufalini attivi	924
allevamenti ovini attivi	1.528
allevamenti caprini attivi	1.689
allevamenti suini attivi	695
allevamenti di gallus gallus attivi	3
allevamenti di galline ovaiole attivi	16
altri allevamenti avicoli attivi (selvaggina, quaglie, oche, anatre, ecc..)	51
allevamenti di equidi attivi (cavalli, asini, muli)	5.339

**Popolazione animale: numero di capi nelle tre regioni al 31 dicembre 2018 <sup>9</sup>**

**REGIONE PIEMONTE**

<b>Consistenza capi bovini e bufalini</b>	
capi vivi in BDN	802.335
- di cui Bovini	798.855
- di cui Bufalini	3.480
<b>Consistenza capi ovicapriini risultante dai censimenti annuali</b>	
totale capi ovicapriini censiti	172.123
- di cui Ovini	105.351
- di cui Capriini	66.772
<b>Consistenza capi suini</b>	
totale capi suini censiti	1.206.066
<b>Consistenza capi equidi registrati nella BDE<sup>10</sup></b>	
Totale capi equidi registrati in BDE	39.365
- di cui Asini	8.551
- di cui Bardotti	35
- di cui Cavalli	30.409
- di cui Muli	349
- di cui Zebre	15
- di cui Zebralli	6

**REGIONE LIGURIA<sup>11</sup>**

<b>Consistenza capi bovini e bufalini</b>	
capi vivi in BD	12.972
- di cui bovini	12.965
- di cui bufalini	7
<b>Consistenza capi ovicapriini risultante dai censimenti annuali</b>	
totale capi ovicapriini censiti	24.300
- di cui Ovini	13.194
- di cui Capriini	11.106
<b>Consistenza capi suini</b>	
totale capi suini censiti	550
<b>Consistenza capi equidi<sup>12</sup></b>	
Totale capi equidi	9.182
- di cui Asini	1.989
- di cui Bardotti	5
- di cui Cavalli	7.051
- di cui Muli	137

<sup>9</sup> Fonte: BDN (banca dati nazionale) al 31/12/2018

<sup>10</sup> Fonte: Banca dati equidi al 31/03/2015

<sup>11</sup> Fonte: Banca dati nazionale al 31/12/2018

<sup>12</sup> Fonte: Banca dati equidi al 31/03/2015

## REGIONE VALLE D'AOSTA<sup>13</sup>

Consistenza capi bovini e bufalini	
capi vivi in BDN	33.280
- di cui bovini	33.280
- di cui bufalini	0
Consistenza capi ovicaprini risultante dai censimenti annuali	
totale capi ovicaprini censiti	6.810
- di cui Ovini	2.431
- di cui Caprini	4.379
Consistenza capi equidi <sup>14</sup>	
Totale capi equidi	891
- di cui Asini	294
- di cui Cavalli	582
- di cui Muli	15

### La Sicurezza Pubblica

L'analisi della sicurezza pubblica ha come obiettivo fare una valutazione, seppur non esaustiva, della criminalità nelle tre regioni di competenza dell'Istituto. Il documento che maggiormente fotografa la suddetta realtà è la Relazione sulla politica della sicurezza che, come previsto dalla legge, ogni anno, nel mese di febbraio, il **Ministro dell'Interno** presenta al Parlamento.

La Relazione sulla sicurezza – Anno 2018 – si trova al seguente link:

<https://www.sicurezzanazionale.gov.it/sisr.nsf/wp-content/uploads/2019/02/Relazione-2018.pdf>

### La corruzione nella Pubblica Amministrazione

In data 17.10.2019, nell'ambito di un progetto finanziato dalla Unione Europea, l'Anac ha pubblicato sul proprio sito un Rapporto sul "La corruzione in Italia 2016 – 2019", basato sugli esami dei provvedimenti che l'autorità giudiziaria ha emesso nell'ultimo triennio, con l'obiettivo di definire una serie di indicatori in grado di individuare il rischio corruzione nella PA. Il lavoro fornisce informazioni sulla dislocazione geografica, le contropartite, gli enti, i settori e i soggetti coinvolti al fine di evidenziare i fattori che agevolano la diffusione di illeciti e relativi comportamenti corruttivi.

<sup>13</sup> Fonte: Banca dati nazionale e Anagrafe regionale Valle d'Aosta al 31/12/2018

<sup>14</sup> Fonte: Anagrafe regionale Valle d'Aosta al 31/12/2016

Nel triennio preso in esame sono stati 47 i politici arrestati, dei quali 20 sindaci. A livello regionale la Liguria è al settimo posto con sei episodi, seconda regione del Nord Italia in classifica. Dalle ordinanze di custodia cautelare per corruzione "il 74% ha riguardato l'assegnazione di appalti pubblici, a conferma della rilevanza del settore e degli interessi illeciti a esso legati per via dell'ingente volume economico.

Il Rapporto si trova al seguente link:

<http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Comunicazione/News/2019/RELAZIONE%20+%20TABELLE.pdf>

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) in un'indagine sulla sicurezza dei cittadini, svolta nel 2015 – 2016, ha introdotto una serie di quesiti per studiare il fenomeno della corruzione.

La lettura dei dati è consultabile al seguente link:

<https://www.istat.it/it/files/2017/10/La-corruzione-in-Italia.pdf>

## **9 -IL MODELLO DELL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA**

Questa parte del Piano triennale di Prevenzione alla Corruzione segue l'impostazione data al piano del triennio precedente. Tale scelta risulta più funzionale a dare una continuità al lavoro svolto negli anni precedenti e maggiormente coerente con le caratteristiche dell'Istituto.

### **Il Responsabile della prevenzione della corruzione, il Responsabile della Trasparenza e individuazione Gruppi di Lavoro a supporto**

La Circolare n.1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.) sottolinea il delicato compito organizzativo e di raccordo che svolge il Responsabile; a tal proposito sollecita le Amministrazioni ad assicurare adeguato supporto attraverso assegnazione di risorse umane, strumentali e finanziarie nei limiti della disponibilità di bilancio.

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali si è ritenuto necessario assicurare l'apporto di un gruppo di lavoro che affianchi il Responsabile della prevenzione della corruzione, operando in stretto collegamento, soprattutto per l'applicazione del Piano e il suo continuo aggiornamento ed integrazione. I referenti hanno inoltre compiti di coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione, tra il Responsabile della prevenzione e le varie strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo.

L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del Responsabile che resta il riferimento aziendale.

I referenti sono tenuti a relazionare al responsabile e segnalare tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

Il Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della Corruzione è stato istituito con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 525 del 5.09.2014.

Sono stati individuati per tale compito:

- Dott. Bruno Osella, Direttore Amministrativo IZSTO e Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- Dott. Massimo Vicario, Responsabile S.C. Tecnico, Logistica, Appalti
- Dott. Aldo Corgiat Loia, Responsabile S.C. Economico Finanziario



- Dott. Cesarina Abete, Responsabile S.C. Controllo Chimico e Ambientale
- Dott.ssa Lucia Decastelli, Responsabile S.C. Controllo Alimenti e Igiene delle Produzioni
- Dott.ssa Maria Luisa Busso, Responsabile Struttura Tecnica per la Misurazione delle Performance

Tutti i Responsabili delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di staff sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile anticorruzione e ai Referenti delle aree definite; infatti nell'esplicazione delle attività il Responsabile dell'anticorruzione dovrà essere affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.) è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

Nell'anno 2019 tutti i soggetti hanno dato risposta alle richieste pervenute dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il gruppo di Lavoro per la Prevenzione della Corruzione esplica la propria attività in collaborazione con il Gruppo per la Trasparenza, istituito con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 445 del 9.08.2013 e così composto:

- Dott.ssa Maria Luisa Busso, Responsabile Struttura Tecnica per la Misurazione delle Performance e Responsabile della Trasparenza
- Dott. Bruno Osella, Direttore Amministrativo IZSTO e Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- Dott. Massimo Vicario, Responsabile S.C. Tecnico, Logistica, Appalti
- Dott. Enrico Aliberti, Responsabile S.S. Gestione Impianti e Sistemi Informatici e Telematici
- Dott.ssa Gabriella Sala, Coordinatore risorse, funzioni e attività Unità Operativa Affari Generali Legali e URP

- Sig.ra Cristina Monasterolo, Coordinatore risorse, funzioni e attività Unità Operativa Bilancio e Tesoreria
- Sig.ra Marina Prandi, Collaboratore Amministrativo S.C. Risorse Umane – U,O, Stato Giuridico, Rilevazioni Presenze e Convenzioni
- Dott.ssa Ivonne Palazzolo, Assistente Amministrativo Struttura Segreteria di Direzione

## **10 - AZIONI E MSURE INTRAPRESE**

### **a) WHISTLEBLOWING**

Il Piano nazionale anticorruzione (PNA), approvato con delibera CIVIT n. 72/2013, al paragrafo 3.1.11 prevede che le amministrazioni siano tenute ad adottare i necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni di cui all'art. 54-bis del d.lgs 165/2001.

La disciplina è stata integrata dal decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 (Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari), convertito nella legge 11 agosto 2014, n. 114 nel quale si precisa che l'A.N.AC. è chiamata a gestire, oltre alle segnalazioni provenienti dai propri dipendenti per fatti illeciti avvenuti all'interno della propria struttura, anche le segnalazioni che i dipendenti di altre amministrazioni possono indirizzarle ai sensi dell'art. 54 bis del d.lgs 165/2001.

L'A.N.AC., con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", ha fornito alle amministrazioni coinvolte un modello procedurale per la gestione delle segnalazioni che tiene conto dell'esigenza di tutelare il dipendente che le invia e, alla base di questi principi, le amministrazioni possono adottare il modello proposto sulla base delle proprie esigenze.

In data 30 novembre 2017 è stata approvata la legge 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".

Visto il modello di segnalazione di condotte illecite predisposto dalla struttura Anticorruzione del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione quale supporto alle pubbliche amministrazioni e pubblicato sul sito istituzionale del Ministero, l'Istituto ha provveduto ad attivare un sistema informatizzato di ricezione e gestione delle segnalazioni di possibile illecito che mette a disposizione del Whistleblower una tutela per la riservatezza della propria identità. La piattaforma in questione è quella utilizzata da Transparency International Italia che la mette a disposizione a titolo gratuito.

La procedura è stata inviata alle OO.SS. del comparto e della dirigenza medico veterinaria/sanitaria professionale tecnica amministrativa in data 29 settembre 2015 e tutti i

dipendenti sono stati informati della predisposizione della procedura tramite avviso sulle e-mail istituzionali.

Negli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 non sono pervenute segnalazioni.

## **b) CARTA DEI SERVIZI ON LINE**

Nell'anno 2015 è stata aggiornata la Carta dei Servizi. Tale documento non è più cartaceo, ma è on line sul sito istituzionale per un continuo aggiornamento.

La Carta dei Servizi (CDS) è articolata in due sezioni:

- la prima "Storia, Organizzazione, Attività" contenente informazioni generali dell'IZSPLV accessibili attraverso link attivi a pagine del sito
- la seconda Guida ai Servizi, con descrizioni dettagliate circa le modalità di prelievo e inoltro dei campioni destinati all'IZSPLV.

L'applicazione CDS-Web consente la consultazione dinamica delle Prestazioni fornite. Attraverso CDS-Web l'utente può effettuare la ricerca di una o più prestazioni utilizzando dei filtri di selezione (per matrice, tecnica, metodo, specie etc.); l'elenco delle prestazioni estratte può essere riordinato, scaricato e stampato. Per ogni prestazione sono disponibili informazioni dettagliate circa il campo di applicazione e l'eventuale costo da Tariffario. La CDS-web è dinamica poiché aggiornata in modo automatico e contestuale alle variazioni effettuate sull'applicativo gestionale dei campioni e degli esami. L'applicativo prevede, altresì, un questionario relativo alla Customer Satisfaction. Collegata alla carta dei servizi e altresì di interesse per la prevenzione della corruzione e la trasparenza è la sezione della pagina Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati nella quale sono costantemente riportati i dati relativi ai tempi di erogazione dei servizi.

## **c) CODICE DI COMPORTAMENTO**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 56 del 24.01.2018 è stato approvato il codice di comportamento dell'IZSPLV che integra e specifica, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le previsioni del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62 del 16.04.2013, che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta, che i dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare. Tali doveri sono comunque richiamati

nel codice dell'IZSPLV al fine di una miglior chiarezza espositiva e comprensione della loro specificazione in ambito aziendale. Il Codice costituisce una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione nonché elemento integrante del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione dell'IZSPLV ed è stato redatto in accordo con le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN di cui alla determinazione ANAC del 20 settembre 2016. I dipendenti, all'atto dell'assunzione, prendono atto del Codice di Comportamento.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento è stato comunicato dalle Risorse Umane a tutti i dipendenti con nota prot. n. 0018623 del 21.12.2017.

Nel corso del 2019 si è provveduto a sensibilizzare maggiormente i dipendenti sull'importanza del Codice di comportamento predisponendo un foglio illustrativo che riassume le nozioni di base contenute nel codice stesso.

Tale vademecum sarà divulgato, a breve, a tutti i dipendenti.

Di seguito il foglio illustrativo.

**Istituto Zooprofilattico Sperimentale del  
Piemonte Liguria e Valle d'Aosta**  
***CODICE DI COMPORTAMENTO: VADEMECUM***

- ❖ Il Codice di comportamento si applica a tutti coloro che a qualsiasi titolo prestano attività all'interno dell'Istituto.
- ❖ I destinatari svolgono la propria attività nel rispetto della legge e dei principi di buon andamento e imparzialità, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della propria posizione.
- ❖ I destinatari non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità neanche sotto forma di sconto e non chiedono, per sé o per altri, regali o altre utilità a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio.
- ❖ I destinatari non possono far parte di associazioni o organismi i cui fini siano in contrasto o interferiscano con quelli perseguiti dall'Istituto.
- ❖ I destinatari si astengono dal partecipare ad attività o da prendere decisioni in caso di conflitto di interessi ovvero in tutti i casi in cui sussista il rischio di avvalersi della propria posizione per favorire se stessi o un soggetto a cui si è legati.
- ❖ I destinatari, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al "Responsabile della prevenzione della corruzione" eventuali situazioni di illecito nell'Istituto di cui siano venuti a conoscenza.
- ❖ I destinatari hanno l'obbligo di agire con onestà, professionalità, discrezione e riservatezza e svolgono i propri compiti con elevato impegno in relazione alle proprie capacità e assumendosi le responsabilità connesse.
- ❖ I destinatari nei rapporti privati non sfruttano la propria posizione all'interno dell'Istituto per ottenere utilità e non assumono nessun altro comportamento che possa nuocere all'Amministrazione.
- ❖ I destinatari assicurano la tracciabilità dei processi decisionali adottati e l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Istituto.
- ❖ I destinatari osservano il segreto d'ufficio e la normativa di tutela e trattamento dei dati personali.
- ❖ I destinatari non anticipano l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui e forniscono informazioni relative ad atti od operazioni amministrative e sanitarie nel rispetto delle disposizioni regolamentari in materia di accesso.
- ❖ I destinatari non diffondono informazioni né dichiarazioni lesive dell'immagine dell'Ente, dei superiori o dei colleghi, in alcun modo incluso l'uso dei social.

La versione integrale del Codice di Comportamento dell'Istituto è pubblicata sul sito [www.izsto.it](http://www.izsto.it)

#### **d) CONTRATTO DI LAVORO**

All'interno del contratto di lavoro è stata inserita la seguente clausola:

“5.2) *(Cognome e nome)* dichiara che all'atto della sottoscrizione del presente contratto individuale di lavoro ha ricevuto copia del Codice di Comportamento approvato con delibera del Direttore Generale n. 56 del 24.01.2019.

5.3) Il/La sottoscritto/a prende atto dell'obbligatorietà delle disposizioni in esso contenute e dichiara di essere informata, in particolare, sul contenuto dell'ART. 16 - “RESPONSABILITA' CONSEQUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE”. E' pertanto consapevole che la violazione degli obblighi previsti dal Codice dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, ed è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni”

Sempre all'interno del contratto di lavoro è stata inserita la clausola di presa visione del PTPCT:

“5.4) Il/La dipendente si impegna a prendere visione del “Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza”, pubblico sul sito istituzionale [www.izsto.it](http://www.izsto.it) alla voce Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione, e a rispettare i principi e le disposizioni in esso contenuti.

***Firma per espressa accettazione di quanto contenuto ai punti 5.2) – 5.3) – 5.4)***

L'ASSUMENDO .....

#### **e) L'ACCESSO CIVICO**

Con il d.lgs 97 del 25 maggio 2016 diventa ufficialmente legge dello Stato il Freedom of Information Act (FOIA) che prevede che tutti i cittadini possano richiedere documenti e atti della Pubblicazione Amministrazione.

Tra la documentazione che il cittadino può richiedere, fanno eccezione le documentazioni considerate sensibili, secondo uno specifico iter per il quale verrà comunque data risposta ai cittadini che ne faranno richiesta.

In precedenza, tale diritto veniva tutelato attraverso l'istituto del diritto d'accesso previsto dal d.lgs 241/1990 che prevedeva la possibilità di richiedere alla P.A. i documenti nel caso non fossero pubblicati sul sito. L'accesso civico delineato dalla riforma del 2016 si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, compresi i dati e i documenti per i quali non è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Per tale motivo è stata modificata la modulistica presente sul sito (<http://www.izsto.it/index.php/amministrazione-trasparente/134-trasparenza/ammtrasparente/1153-civic>), al fine di renderla conforme al decreto, in base alle linee guida dettate da ANAC.

Nel corso del 2017 è stato predisposto il "Regolamento aziendale in materia di Accesso Civico" adottato con delibera del Direttore Generale n. 528 del 29.09.2017, dove viene regolamentato sia l'Accesso Civico Semplice, sia quello Generalizzato (FOIA).

Il suddetto Regolamento è pubblicato nella pagina Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

Il documento, ad oggi, non necessita di aggiornamento.

## **f) LA FORMAZIONE**

l'Istituto in questi ultimi anni ha utilizzato in modo particolare lo strumento della **formazione** al fine di contrastare il fenomeno della corruzione. A tal fine ha predisposto:

- a. un corso di formazione on line per tutti i dipendenti in tema di anticorruzione. Ogni responsabile, all'arrivo di un nuovo dipendente, ha il compito di mettere a disposizione il materiale per l'accesso al corso;
- b. i componenti del gruppo della prevenzione della corruzione e della trasparenza hanno avuto modo di ampliare le proprie conoscenze attraverso dei corsi specifici, sia negli anni passati, sia nel 2016, dopo l'entrata in vigore del d.lgs 97 del 25 maggio 2016;
- c. tutti i responsabili hanno partecipato ad un corso di risk management per l'individuazione e gestione del rischio corruttivo;



- d. i responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza hanno altresì partecipato a momenti formativi specifici in base alle loro funzioni.
- e. Il 16 novembre 2018, in occasione della Giornata della Trasparenza, è stato organizzato un convegno, con relatore il prof. Sergio Foà, aperto ai dirigenti responsabili di strutture complesse e semplici, ai referenti del gruppo di lavoro sulla prevenzione della corruzione e del gruppo di lavoro sulla trasparenza, e ai posizionati amministrativi e di staff, ai responsabili degli altri II.ZZ.SS. dal titolo “Trasparenza e Prevenzione della Corruzione: Stato dell'arte e applicazione negli II.ZZ.SS.”. Durante il convegno si sono trattati temi inerenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come il codice di comportamento, la privacy, ecc...

Importante è stata la presenza degli altri II.ZZ.SS. che ha rappresentato un momento di confronto fattivo e costruttivo per la predisposizione di una rete tra istituti relativamente a queste tematiche.

Oltre alla formazione, di grande utilità è il lavoro in rete che è stato attivato sul tema della prevenzione della corruzione e della trasparenza con altri responsabili della prevenzione della corruzione appartenenti sia ai restanti II.ZZ.SS., sia ad altri enti sanitari. Durante i lavori del Convegno del 16 novembre è emersa la necessità di un coordinamento tra II.ZZ.SS. relativamente al tema della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nell'anno 2019 si provvederà a dettagliare i bisogni degli II.ZZ.SS. e a concretizzare tale operazione.

#### **g) DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI**

Ogni anno i dirigenti (a tempo indeterminato e determinato) compilano/aggiornano – sul sito dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) - la modulistica per dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario. Tutti i dirigenti, sia a tempo indeterminato che determinato, hanno provveduto alla compilazione della modulistica e provvedono annualmente all'aggiornamento.

#### **h) PRESENZA IN SERVIZIO**

Nel mese di dicembre 2016 è stato inviato, tramite posta aziendale, un comunicato a tutti i dipendenti sulle norme entrate in vigore in base al d.lgs 116/2016 sulla falsa attestazione della presenza in servizio. La comunicazione è stata altresì affissa alla bacheca ed inserita sulla intranet aziendale.

#### **i) ROTAZIONE DEL PERSONALE**

Nell'ambito del PNA 2016 la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione.

Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Nelle varie aree dell'istituto operano dipendenti con possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, informatica, ecc.), e anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Le motivazioni sopra descritte, unite alle ridotte dimensioni dell'Ente, rendono, per ora, di difficile realizzazione la misura denominata "rotazione del personale".

L'Istituto nel corso del 2020 attuerà un nuovo piano di riorganizzazione aziendale che prevedrà dei cambiamenti all'interno della struttura dell'azienda. Per tale motivo sono in programma variazioni all'organigramma e alle funzioni espletate dai dipendenti.

Nel corso di questi anni la rotazione è stata favorita dalla mobilità interna.

Dopo la conclusione del processo di riorganizzazione si potrà verificare la possibilità di una rotazione funzionale, ossia un'organizzazione del lavoro che si basa su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti (ad esempio: rotazione periodica dei responsabili dei procedimenti; ecc..).

Rientra nella rotazione del compito la clausola, prevista anche come misura di contenimento della corruzione all'interno del processo "percorso campione", che stabilisce che ciascuna prova riportata sul Documento Organizzativo, sia in Sistema Qualità, sia semplicemente codificata in SIGLA, deve avere un numero di addetti abilitati, distinti per fase di esecuzione e fase di lettura, non inferiore a n. 2.

#### **j) DICHIARAZIONI SULLA INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DEGLI INCARICHI**

Il d.lgs 39/2013, all'art. 15 stabilisce:

"Art. 15. Vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferebilit  e incompatibilit  nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico"

1. Il responsabile del piano anticorruzione di ciascuna amministrazione pubblica, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico, di seguito denominato «responsabile», cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico siano rispettate le disposizioni del presente decreto sulla inconferebilit  e incompatibilit  degli incarichi. A tale fine il responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferebilit  o incompatibilit  di cui al presente decreto.

2. Il responsabile segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'Autorit  nazionale anticorruzione, all'Autorit  garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonch  alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilit  amministrative.

3. Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di responsabile, comunque motivato,   comunicato all'Autorit  nazionale anticorruzione che, entro trenta giorni, pu  formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attivit  svolte dal responsabile in materia di prevenzione della corruzione. Decorso tale termine, la revoca diventa efficace.

L'ANAC ha predisposto con Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 le linee guida per definire il ruolo e le funzioni del responsabile della prevenzione della corruzione nella verifica delle inconferibilità e incompatibilità dei titolari di incarichi.

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali (oggetto di preventiva autorizzazione o di sola comunicazione) conferiti da altri enti privati o pubblici, può realizzare situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Stante la delicatezza delle situazioni di cui trattasi, è necessario garantire una efficace azione di monitoraggio degli incarichi extraistituzionali svolti dai dipendenti, siano essi oggetto di preventiva autorizzazione. Per tale motivo, l'Istituto da evidenza periodicamente dei dati relativi agli incarichi istituzionali, delle docenze, delle consulenze esterne, delle richieste di esclusive, della partecipazione a commissione di gara e di concorso, della partecipazione ad associazioni esterne che operano in ambito sanitario e di ogni altro rapporto con l'esterno al fine di verificare ed individuare situazioni, potenziali o reali, di conflitto di interessi, anche al fine di garantire il rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico e di buon andamento della pubblica amministrazione, mediante la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi.

L'Istituto da evidenza periodicamente dei dati relativi agli incarichi istituzionali, delle docenze, delle consulenze esterne, delle richieste di esclusive, della partecipazione a commissione di gara e di concorso, della partecipazione ad associazioni esterne che operano in ambito sanitario e di ogni altro rapporto con l'esterno al fine di verificare ed individuare situazioni, potenziali o reali, di conflitto di interessi, anche al fine di garantire il rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico e di buon andamento della pubblica amministrazione, mediante la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi.

#### **k) ANTIRICICLAGGIO**

Il PNA 2016 (Delibera ANAC n. 831/2016), al punto 5.2 "Responsabile della Prevenzione della Corruzione", stabilisce che: "Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica

delle stazioni appaltanti (AUSA)<sup>15</sup>, il RPC è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del PTPC. Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. In caso di omissione, l'Autorità potrà esercitare il proprio potere ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 190/2012, ordinandone l'adempimento al RPC. Resta salva la facoltà delle amministrazioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, di valutare l'opportunità di attribuire ad un unico soggetto entrambi i ruoli (RASA e RPC) con le diverse funzioni previste, rispettivamente, dal d.l. 179/2012 e dalla normativa sulla trasparenza, in relazione alle dimensioni e alla complessità della propria struttura".

Nel 2020 si prevede la realizzazione del Regolamento sull'antiriciclaggio. La realizzazione è un obiettivo della S.C. Economico Finanziaria in collaborazione con il responsabile della prevenzione della corruzione.

#### **I) CONTROLLO SU ENTI DI DIRITTO PRIVATO (società, associazioni, fondazioni) PARTECIPATE O CONTROLLATE DA P.A.**

L'Istituto fa parte dell'Associazione di scopo denominata "Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali" di seguito "AIZS", costituita in data 17/02 /2011, con sede legale nel Comune di Brescia, via Antonio Bianchi n. 9, presso la sede dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER).

---

<sup>15</sup> Istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 (cfr. Comunicati del Presidente AVCP del 16 maggio e del 28 ottobre 2013).

L'AIZS ha durata indeterminata e non ha scopo di lucro in quanto ha la finalità di promuovere lo sviluppo del sistema qualità negli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e di rappresentare le esigenze e gli interessi degli Istituti stessi in seno all'Ente di Accreditamento ACCREDIA.

L'Associazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate a eccezione di quelle a loro strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, poiché integrative delle stesse; dette attività possono essere svolte solo a favore degli associati e a condizione che non siano in contrasto con quanto disposto dagli enti cogherenti.

Essendo l'AIZS, ente di diritto privato soggetto a controllo pubblico con un bilancio inferiore ad euro 500.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 2-bis, della Legge 190/2012 e dell'art. 2-bis, del d.lgs 33/2017, dal 2017 non è soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni. Pertanto, per il triennio 2018-2020 non sarà approvato il PTPC e non saranno aggiornate le pubblicazioni previste in materia di trasparenza, così come comunicato dal RPCT dell'Associazione, con nota prot. 830 del 18.01.2017 agli atti del presente ufficio.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 132 DEL 1.03.2019 l'Istituto ha provveduto a fare il "Censimento e revisione periodica delle partecipazioni detenute dall'Istituto alla data del 31/12/2017".

#### **m) LE ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO (pantouflage o revolving doors)**

Al fine di evitare possibili contestazioni successive all'affidamento, il Responsabile chiede alle stazioni appaltanti dell'Istituto l'inserimento dell'obbligo di dichiarare – pena l'esclusione dalla procedura - il rispetto del divieto in argomento a tutti i partecipanti a procedure competitive. Nelle informazioni sulla procedura di appalto del modello di formulario per il documento di gara unico europeo (DGUE) – punto 7 – è espresso il seguente quesito, al quale l'operatore economico deve rispondere con un SI oppure NO: "L'operatore economico si trova nella condizione prevista dall'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001 (pantouflage o revolving door) in quanto ha concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, ha attribuito incarichi ad ex dipendenti della stazione appaltante che hanno cessato il loro rapporto di lavoro da meno di tre anni e che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stazione appaltante nei confronti del medesimo operatore economico".

La norma viene applicata nell'Istituto e a partire dal 2020, nel mese di novembre di ogni anno, il Responsabile della prevenzione della corruzione chiederà ai dirigenti responsabili delle attività di cui sopra un report sull'applicazione delle predette misure.

**n) AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE GESTIONALI STANDARD (PGS)**

A seguito delle mappature dei processi e, in alcuni casi, all'inserimento di nuove misure preventive, sono state revisione e aggiornate alcune procedure gestionali standard (PGS) inserite nel sistema qualità – programma Simpledo.

**o) Progetto di confronto delle performance con altri II.ZZ.SS.**

Con delibera del Direttore Generale n. 383 del 3.07.2017 è stato approvato il progetto "Percorsi di miglioramento e valutazione della performance negli Istituti Zooprofilattici Sperimentali" con il Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il progetto, della durata triennale, prevede il confronto con altri due II.ZZ.SS. (IZS Lazio e Toscana e IZS Marche e Umbria) su sei aree: Formazione, Ricerca, Servizi di supporto amministrativo, Chimica e controlli frontaliere, Sanità animale e Sicurezza alimentare.

Il confronto dell'attività con enti simili al nostro può essere considerata come un'attività di prevenzione alla corruzione.

**p) Coordinamento tra il P.T.P.C. e Piano sulla Performance (art. 10 del d.lgs 150/2009)**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza provvederanno a presentare alla Direzione dell'Istituto gli obiettivi sopra citati per l'inserimento negli strumenti del ciclo della performance, al fine di prevenire il fenomeno della corruzione.

Le attività svolte per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del presente Piano saranno inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance (P.P.) nel duplice versante della:

**performance organizzativa** (art. 8 del d.lgs. n. 150 del 2009), con particolare riferimento:

- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 150 del 2009);



- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione (art. 8, comma1, let. e), d.lgs. n. 150 del 2009);

**performance individuale** (ex art. 9, d.lgs. n. 150 del 2009), dove saranno inseriti:

- nel P.P. ex art. 10 del d.lgs. n. 150 del 2009, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al responsabile della prevenzione della corruzione, ai dirigenti apicali in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165 del 2001; ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale;
- nel Sistema di misurazione e valutazione delle performance ex art. 7 del d.lgs. n. 150 del 2009 gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale formato che opera nei settori esposti alla corruzione ed ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale non dirigente.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel P.T.P.C. (e dunque dell'esito della valutazione delle performance organizzativa ed individuale) occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, occorrerà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Per quanto riguarda la performance individuale si rende noto che il sistema informatico utilizzato dall'Istituto nell'anno 2019 è stato ulteriormente implementato, prevedendo, nello specifico:

- la separazione tra la fase di "presa visione" da quella di "accettazione" della scheda da parte del valutato con memorizzazione contestuale a fondo scheda della data e dell'ora in cui queste avvengono. Stessa modalità per le successive fasi del processo: Valutazione intermedia obbligatoria, Valutazione intermedia facoltativa e Valutazione finale. Finora la data di "Presenza Visione" è stata considerata come Accettazione.
- la possibilità per il valutato di accedere e scrivere nella scheda "Commenti del valutato" per compiere l'accettazione SI/NO della scheda nelle varie fasi e se non si accetta, la possibilità per il valutato di scrivere le relative motivazioni. Tale funzione finora era abilitata solo per il valutatore.

A partire dal 2014 tutte le strutture sanitarie, amministrative e di staff per collaborare con i responsabili della Trasparenza e dell'Anticorruzione e a tutte le strutture presenti nell'Istituto vengono assegnati obiettivi annuali relativamente alla Trasparenza e alla Prevenzione della Corruzione. Gli obiettivi assegnati alle strutture sono visibili nel sito istituzionale – Amministrazione Trasparente – Performance.

## 11 – RISK MANAGEMENT

Considerata la determina ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e vista l'esperienza e il confronto avvenuto in questi anni, si è ritenuto necessario nell'ultimo triennio rivedere l'analisi del rischio finora svolto ed eseguire, all'interno dell'Istituto, una nuova e più approfondita analisi di risk management di processi esistenti all'interno dell'ente.

Dopo aver provveduto alla mappatura dei processi principali, si è provveduto ad individuare il/i responsabile/i degli stessi, a concepire delle misure contenitive del rischio e a sviluppare sistemi di monitoraggio.

La mappatura dei processi è un lavoro dinamico, legato ai compiti attribuiti ai vari settori che, non solo in un'ottica anticorruptiva, può variare nel tempo. Inoltre, occorre tener presente che l'Istituto è in fase di riorganizzazione aziendale e, pertanto, i processi affidati alle varie strutture potrebbero subire dei cambiamenti dopo l'approvazione definitiva dell'assetto dell'Ente.

Il lavoro di apprendimento di mappatura dei processi è stato supportato dal prof. Federico Ceschel, docente presso la SNA (Scuola Nazionale dell'Amministrazione) ed esperto in risk management.

Si è provveduto nel mese di maggio 2016 (19 – 20 maggio) a formare i responsabili, i dirigenti e i funzionari delle strutture complesse amministrative e i responsabili e i funzionari delle strutture di staff.

Nel mese di ottobre 2016 (6-7 ottobre) si è provveduto a formare i responsabili delle strutture complesse e delle strutture semplici sanitarie.

Il ciclo di lavoro è stato supportato dalle strutture S.S. Qualità Formazione e dalla Struttura Tecnica per la Misurazione della Performance.

Non potendo disporre di un programma in house per la raccolta e l'elaborazione dei dati che automatizzi la rilevazione dei rischi, si è pensato di predisporre la documentazione con i normali programmi office, al fine di contenere la spesa, considerando anche le dimensioni non eccessivamente vaste dell'istituto.

Il processo di mappatura prevede:

1. La definizione dei processi all'interno della struttura
2. Le fasi/azioni del processo

3. La rilevazione dei comportamenti attivabili in modo da far emergere il comportamento illegittimo
4. Lo schema degli eventi rischiosi (modalità/perimetro/fattori abilitanti)
5. La valutazione del rischio (probabilità/impatto) in base all'allegato n. 5 – P.N.A./2013 (rivisto)
6. L'individuazione delle misure già esistenti per la prevenzione
7. L'individuazione e la descrizione della/e misura/e ulteriore/i

Al fine di ottenere uno strumento che meglio corrisponda alla realtà dell'Istituto, si è provveduto a ridefinire l'allegato 5 al PNA, ovvero la tabella di valutazione del rischio e l'elenco dei fattori abilitanti che favoriscono l'evento rischioso.

<b>TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA' (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<p style="text-align: center;"><u>Discrezionalità</u></p> <p><b>Il processo è discrezionale?</b></p> <p><b>0</b> No, è del tutto vincolato</p> <p><b>1</b> E' parzialmente vincolata dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari nazionali ed aziendali)</p> <p><b>2</b> E' parzialmente vincolato solo dalla legge</p> <p><b>3</b> E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)</p> <p><b>4</b> E' parzialmente vincolato solo da atti interni all'azienda</p> <p><b>5</b> E' altamente discrezionale</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto organizzativo</u></p> <p><b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (U.O.) competente a svolgere il processo, quale percentuale di personale è impiegata nel processo?</b></p> <p><b>0</b> Meno del 10%</p> <p><b>1</b> Fino a circa il 20%</p> <p><b>2</b> Fino a circa il 40%</p> <p><b>3</b> Fino a circa il 60%</p> <p><b>4</b> Fino a circa l'80%</p> <p><b>5</b> Fino a circa il 100%</p>
<p style="text-align: center;"><u>Rilevanza esterna</u></p> <p><b>Il processo produce effetti diretti all'esterno?</b></p> <p><b>0</b> No, il processo non produce effetti diretti all'esterno</p> <p><b>1</b> No, ha come destinatario finale un ufficio interno</p> <p><b>2</b> No, ha come destinatario finale più uffici interni</p> <p><b>3</b> Il risultato del processo è rivolto sia ad utenti interni, sia esterni all'azienda</p> <p><b>4</b> Il risultato del processo è rivolto soprattutto ad utenti esterni all'azienda</p> <p><b>5</b> Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all'azienda</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto economico</u></p> <p><b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</b></p> <p><b>0</b> No</p> <p><b>1</b> Sì, fino a 5.000 euro</p> <p><b>2</b> Sì, fino a 10.000 euro</p> <p><b>3</b> Sì, fino a 100.000 euro</p> <p><b>4</b> Sì, fino a 500.000 euro</p> <p><b>5</b> Sì, oltre 500.000 euro</p>
<p style="text-align: center;"><u>Complessità del processo</u></p> <p><b>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</b></p> <p><b>0</b> No, il processo coinvolge una sola amministrazione</p> <p><b>1</b> Sì, il processo coinvolge due amministrazioni</p> <p><b>2</b> Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni</p> <p><b>3</b> Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni</p> <p><b>4</b> Sì, il processo coinvolge più di 7 amministrazioni</p> <p><b>5</b> Sì, il processo coinvolge più di 10 amministrazioni</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto reputazionale</u></p> <p><b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b></p> <p><b>0</b> No</p> <p><b>1</b> Sì, sulla stampa locale</p> <p><b>2</b> Sì, sulla stampa e media locali</p> <p><b>3</b> Sì, sulla stampa e media nazionali e internazionali</p> <p><b>4</b> Sì, sulla stampa e media nazionali</p> <p><b>5</b> Sì, sulla stampa e media locali e nazionali</p>

<p style="text-align: center;"><u>Valore economico</u></p> <p><b>Qual è l'impatto economico del processo?</b></p> <p><b>0</b> Non ha impatto economico</p> <p><b>1</b> Ha rilevanza esclusivamente interna</p> <p><b>2</b> Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico</p> <p><b>3</b> Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni con un certo rilievo economico</p> <p><b>4</b> Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi ad un soggetto esterni</p> <p><b>5</b> Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a più soggetti esterni</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</u></p> <p><b>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento: il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</b></p> <p><b>0</b> A livello di addetto</p> <p><b>1</b> A livello di collaboratore</p> <p><b>2</b> A livello di posizione organizzativa</p> <p><b>3</b> A livello di dirigente</p> <p><b>4</b> A livello di responsabile di struttura semplice/Unità Operativa</p> <p><b>5</b> A livello di responsabile di struttura complessa</p>
<p style="text-align: center;"><u>Frazionabilità del processo</u></p> <p><b>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</b></p> <p><b>0</b> No</p> <p><b>1</b> Sì, in parte</p> <p><b>2</b> Sì, in parte e coinvolgendo soggetti interni</p> <p><b>3</b> Sì, in parte e coinvolgendo soggetti esterni</p> <p><b>4</b> Sì, in parte e coinvolgendo soggetti interni ed esterni</p> <p><b>5</b> Sì</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto reclami esterni</u></p> <p><b>Il processo negli ultimi 5 anni ha comportato contestazioni o reclami da parte dei soggetti esterni coinvolti?</b></p> <p><b>0</b> No</p> <p><b>1</b> Sì, in numero &lt; 10</p> <p><b>2</b> Sì, in numero ≥ 20</p> <p><b>3</b> Sì, in numero ≥ 30</p> <p><b>4</b> Sì, in numero ≥ 40</p> <p><b>5</b> Sì, in numero ≥ 50</p>

Note:

- (1) Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro
- (2) Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione

<p style="text-align: center;"><b>VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITA'</b></p> <p>Va determinato per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione delle probabilità" (somma dei valori/6)</p> <p>0 = nessuna probabilità; 1 = improbabile; 2 = poco probabile; 3 = probabile; 4 = molto probabile; 5 = altamente probabile</p>
<p style="text-align: center;"><b>VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO</b></p> <p>Il valore dell'"Impatto" va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione dell'Impatto" (somma dei valori/6)</p> <p>0 = nessun impatto; 1 = marginale; 2 = minore; 3 = soglia; 4 = serio; 5 = superiore</p>
<p style="text-align: center;"><b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO</b></p> <p>E' determinato dal prodotto delle due medie (<b>Probabilità X Impatto</b>) e potrà essere nel suo valore massimo = 25</p>

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2019, approvato dal Consiglio dell'Autorità con la Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, presenta un nuovo modello per la valutazione del rischio.

Sarà un obiettivo del 2020 provvedere alla revisione della valutazione del rischio contenuta nella mappatura dei processi, così come indicato dal nuovo PNA.

Al fine di omogeneizzare il lavoro svolto dalle varie strutture e su indicazione del prof. Ceschel si è elaborato un elenco di fattori abilitanti dai quali i soggetti predisposti alle mappature dovevano attingere per evidenziare le cause che favoriscono il comportamento rischioso individuato.

#### ELENCO FATTORI ABILITANTI INDIVIDUATI

(opportunità/cause che possono favorire/determinare comportamenti rischiosi)

- Mancanza/carenza di regole che governano il processo
- Legislazione insufficiente
- Eccessiva discrezionalità
- Troppe regole che governano il processo in modo non chiaro
- Assenza/carenza di efficienti meccanismi di controllo
- Monopolio delle conoscenze e delle competenze (concentramento in pochi soggetti)
- Carenza di competenze
- Monopolio di potere
- Mancanza di trasparenza
- Mancanza di controllo civico (sistemi di segnalazione interni ed esterni)
- Confidenza del contesto
- Mancanza di sistemi informatici (informatizzazione del procedimento)
- Scarsa deterrenza sanzionatoria rispetto a regole etiche/morali
- Mancanza di collegialità delle azioni/scelte
- Complessità del processo
- Basso livello di standardizzazione di criteri e procedure
- Conflitto di interessi
- Valore economico
- Interessi personali
- Scarsa responsabilizzazione
- Carente definizione dei ruoli

Considerato che le strutture sanitarie (SS.CC. Biotecnologie, Controllo Alimenti, Controllo Chimico, Diagnostica, Istopatologia, Neuroscienze, Sierologia, Virologia, Piemonte, Cuneo, Valle d'Aosta, Genova – Savona e La Spezia – Imperia) hanno processi uguali perché trattasi principalmente di esecuzione delle analisi di campioni, si sono organizzati gruppi di lavoro che hanno lavorato su

processi (serie di attività tra di loro connesse che, partendo da un input, arriva ad un output finale) specifici. Nel 2018, ai processi individuati e mappati nel 2017, sono stati rilevati i responsabili delle varie Fasi. Inoltre, come già specificato, sono stati individuati altri processi.

La struttura complessa Epidemiologia e Osservatorio Epidemiologico, per i compiti attualmente assegnati, ha predisposto ulteriori mappature.

La struttura complessa Controllo Chimico ha predisposto ulteriori mappature sull'attività svolta presso il CAD (Centro Antidoping).

Le strutture amministrative e di staff hanno provveduto alla mappatura per struttura perché risultava poco funzionale il lavoro in gruppo avendo dei processi diversi tra di loro.

Nel 2019 sono stati programmati dei sistemi di monitoraggio che saranno attivati nel 2020.

La metodologia utilizzata originariamente è stata descritta nel Piano di prevenzione della corruzione Anni 2015 – 2017, approvato con Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 88 del 23/02/2015, pubblicato sul sito nella sezione Amministrazione Trasparente e in quelli successivi.

Tale metodo ha previsto un'analisi delle attività lavorative presenti nelle varie strutture attraverso:

- l'individuazione delle attività, dei processi e delle aree a rischio
  - l'ipotesi di proposte/soluzioni da parte dei responsabili/dirigenti delle varie strutture
  - la valutazione del rischio, verificata dalla direzione e suddivisa in 5 livelli:
    - scarso: minimo rischio che si verifichi un'azione corruttiva
    - moderato: medio rischio che si verifichi un'azione corruttiva
    - rilevante: significativo rischio che si verifichi un'azione corruttiva
    - elevato: elevato rischio che si verifichi un'azione corruttiva
    - critico: alto rischio che si verifichi un'azione corruttiva
- 
- Tale lavoro è riportato negli allegati dei piani di prevenzione della corruzione dei trienni precedenti e sono pubblicati sul sito istituzionale;
  - negli anni 2014, 2015, 2016 è stata inoltrata una richiesta ai responsabili di struttura per rivedere e aggiornare l'analisi del rischio precedentemente eseguita, anche alla luce della formazione in materia fornita agli stessi;

- Successivamente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha esaminato, supportato da un'equipe multidisciplinare, il materiale pervenuto, ha raggruppato i rischi per attività simili ed ha assegnato una valutazione su ogni attività a rischio di corruzione, in base ai criteri individuati dalla normativa (allegato 5 P.N.A.):
  - Valutazione delle probabilità: discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, razionalità del processo;
  - Valutazione dell'impatto: impatto organizzativo, impatto economico, impatto reputazionale, impatto organizzativo-economico e sull'immagine;
  - Controlli

Dall'analisi effettuata sono risultati maggiormente a rischio di corruzione i seguenti processi:

- per l'area sanitaria: a) Percorso del campione: accettazione e gestione del campione (Anno 2015) e b) Comunicazione esito esami (2016).
- per l'area amministrativa: c) Affidamento incarichi di studio, ricerca o consulenza (2015) e d) Gare e Appalti (2016).

Le attività individuate sono state oggetto di obiettivi per il processo di budget per l'anno 2015 e 2016 e hanno rappresentato il raccordo con il Ciclo della Performance.

- a. L'analisi del rischio di corruzione dell'area sanitaria "Percorso del campione: accettazione e gestione del campione", ha previsto:
- una verifica dei quesiti diagnostici per evidenziare le attività attualmente non classificate, ovvero non collegate ad uno "scopo"; questa misura di prevenzione fa sì che le prove eseguite vengano obbligatoriamente associate ad un quesito diagnostico (che viene generato solo a seguito di autorizzazione della direzione). Nessun esito può essere inserito sui Rapporti di prova se non associato ad un obiettivo/accordo di riferimento (*quesito diagnostico*) per evitare favoritismi utilizzando denaro pubblico per scopi privati
  - l'aggiornamento da parte di tutte le strutture sanitarie delle PGS relative alla gestione dei campioni;
  - l'analisi delle non conformità e/o reclami aperti sulla gestione dei campioni; i reclami e le non conformità vengono inoltrate alla SS Qualità che fa un'analisi e, se ritenuti



potenzialmente correlati ad attività a rischio corruttivo, li inoltra al RPC per una verifica congiunta ed eventualmente per una successiva predisposizione di misure di prevenzione. Es.: Errata assegnazione prove con conseguente mancata esecuzione effettive prove richieste, magari oggetto di controllo ufficiale;

- un controllo sul numero di abilitazione, per esecuzione e per lettura, per ogni tipologia di esame, ponendo come indicazione la presenza di almeno n. 2 abilitazioni in ogni struttura, per ogni esame (rotazione del compito);
- un accertamento sulle motivazioni che hanno comportato delle rettifiche ai rapporti di prova con variazione di risultato/esito analisi; ogni semestre vengono analizzate tutte le rettifiche dei rapporti di prova in cui vengono modificati i risultati delle prove stesse. Questo monitoraggio ha lo scopo di controllare gli esiti degli esami effettuati evitando favoritismi

L'attività, per quanto di competenza è stata coordinata e monitorata dal sottoscritto, coadiuvato dalla struttura Qualità e Formazione, dalla S.C. Epidemiologia e Osservatorio Epidemiologico e dal Responsabile della Trasparenza.

Tutte le strutture hanno risposto e dato il loro contributo al fine di poter verificare e monitorare la situazione e le strutture che non avevano i requisiti sopra descritti si sono attivate nel corso dell'anno per raggiungere gli obiettivi richiesti.

Tale obiettivo continua ad essere monitorato dalle strutture sopra indicate attraverso:

- l'utilizzo di un modulo per richiedere l'inserimento dei quesiti diagnostici (classifica delle attività) che prevede l'approvazione della Direzione, entrato in uso a dicembre 2017 con la revisione della PGS relativa;
- la verifica periodica (semestrale) da parte delle SC che, servendosi di una query ad hoc, rendicontano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione circa le motivazioni espresse nelle note della rettifica che sono state ulteriormente dettagliate per consentire una più immediata comprensione;
- Il monitoraggio dei tempi di risposta non è più attivo, la pubblicazione non è più prevista da "Amministrazione Trasparente"

b. L'analisi del rischio di corruzione dell'area sanitaria "Comunicazione esito esami", ha previsto:

- comunicazione a tutti i responsabili delle strutture sanitarie del rischio di corruzione che può insinuarsi nella comunicazione dei dati finali agli utenti e che proprio per contenere questo rischio in Istituto è presente un sistema informatico che segue l'iter del campione dall'accettazione fino all'emissione del rapporto di prova (SIGLA);
- il divieto assoluto di comunicare gli esiti con altre modalità con la firma di presa visione di tutti gli operatori di tutte le strutture sanitarie;
- estrazione da parte del CED dell'elenco degli utenti di SIGLA al fine di verificare che tutti siano altresì utenti di SIGLA WEB (chi non risulta iscritto non può ricevere il risultato dell'esame e pertanto, si insinua il dubbio che l'operatore utilizzi un altro sistema per la comunicazione del risultato); pertanto, viene richiesto a tutti i clienti dell'Istituto, di identificarsi mediante l'iscrizione a SiglaWeb che è l'applicativo appositamente dedicato alla gestione dei campioni. I clienti possono consultare e scaricare i rapporti di prova 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, e monitorare in tempo reale lo stato di avanzamento delle prove richieste sempre con garanzia della tutela e della riservatezza delle informazioni. Possono accedere a Siglaweb svariate tipologie di Utenza (Ente Pubblico, Università, Associazioni, Liberi Professionisti ecc..). Anche i cittadini sono avvisati sul sito istituzionale che «Siglaweb è l'unico sistema per poter accedere agli esiti delle analisi. Il personale dell'Istituto NON è autorizzato a comunicare in alcun altro modo gli esiti». Il mancato inserimento identificativo su SIGLAWEB di un cliente deve essere motivato e formalizzato.
- aggiornamento delle procedure di qualità relative alla comunicazione degli esiti con l'inserimento di tale divieto;
- i casi particolari, per cui i responsabili hanno richiesto delle deroghe, sono stati inseriti nella PGS avendo valutato che, seppur eccezionali, tali modalità non aumentano il rischio di corruzione e la possibilità di monitorarli.

Tale obiettivo continua ad essere monitorato dalle strutture sopra indicate attraverso:

- l'utilizzo di apposita query, in uso da giugno 2017, che consente ad ogni Sede Accettante (sezioni e SS Accettazione) di individuare gli utenti non registrati in SIGLAWeb per i quali sono stati emessi rapporti di prova in un certo periodo. Tale verifica deve essere effettuata semestralmente e relazionata al RPC.

- c. L'analisi del rischio di corruzione dell'area amministrativa "Affidamento incarichi di studio, ricerca o consulenza", ha previsto:
- l'aggiornamento PGS 20AM027.2.0 "Affidamento di incarichi professionali di studio ricerca o consulenza"
- d. L'analisi del rischio di corruzione dell'area amministrativa "Gare e Appalti", ha previsto:
- l'aggiornamento PGS 20AQ014.5.1 "Gestione degli approvvigionamenti"

**I processi mappati con le integrazioni riportate negli anni sono riportati nell'ALLEGATO A.**

## I MONITORAGGI

Per ogni processo mappato si è individuato un monitoraggio.

Per alcuni processi i monitoraggi individuati sono in numero maggiore, mentre per alcuni ritenuti meno a rischio corruttivo, i monitoraggi verranno individuati nel corso del 2020.

I monitoraggi finora individuati sono in fase di sperimentazione. Nel corso del 2020 verranno accertate le validità e valutati i costi/benefici dei sistemi individuati.

Tabella n. 1

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
1	Gestione e manutenzioni e beni	Monitoraggio Apparecchiature Radiate	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare se vengono radiati beni non completamente ammortizzati	TLA	Elenco beni radiati non completamente ammortizzati
2	Gestione e manutenzioni e beni	Monitoraggio Strumenti Fuori Servizio	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare i Fuori servizio per tipo di strumenti	Metrologia	Per ogni tipologia di strumento: Numeratore: Numero fuori servizio Denominatore : Numero apparecchiature
3	Emissioni di pareri tecnico - scientifici	Monitoraggio Emissione pareri tecnico scientifici	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica che ogni parere abbia la doppia sigla sulla lettera	Responsabile di ogni SC	N. di pareri con doppia firma su numero di pareri
4	Percorso campione	Monitoraggio Abilitazione Tecnici	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare la presenza di due tecnici per prova	S.S Qualità	Elenco delle abilitazioni Tecnici aggiornato
5	Percorso campione	Monitoraggio Audit	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica non conformità da audit	S.S Qualità	N. n. c. associate alla gestione del campione derivanti da audit su numero n. c. totale derivate dagli audit

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
6	Percorso campione	Monitoraggio Utenti non registrati in SIGLA	2 volte/ anno: 30 giugno e 31 dicembre	Verifica degli utenti che ricevono il rapporto di prova non tramite SIGLA	SIGLA (estrazione dato) Responsabile di ogni SC per giustificazione	Elenco degli utenti + N. di utenti non registrati nel semestre che sono passati in accettazione su numero utenti registrati che sono passati in accettazione
7	Percorso campione	Monitoraggio Rettifiche rapporti di prova (RdP)	2 volte/ anno: 30 giugno e 31 dicembre	Analisi di tutte le rettifiche dei rapporti di prova in cui vengono modificati i risultati delle prove stesse	SIGLA (estrazione dato) Responsabile di ogni SC per giustificazione	Elenco delle rettifiche + N. di rettifiche (variazione di risultato/esito finale) su tutte le rettifiche avvenute nel semestre
8	Percorso campione	Monitoraggio Eseguitabilità del campione	2 volte/ anno: 30 giugno e 31 dicembre	Verifica l'effettiva non eseguitabilità del campione attraverso la lettura della motivazione	SIGLA (estrazione delle note) Responsabile di ogni SC per lettura delle note e giustificazione	N. campioni non eseguibili su numero totale dei campioni con predisposizione e di decodifiche per giustificare la non eseguitabilità. Query su Reporting
9	Percorso campione	Monitoraggio inserimento dato su SIGLA	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare la rotazione di chi inserisce il dato per evitare che venga inserito sempre dallo stesso operatore	SIGLA (estrazione delle note) Responsabile di ogni SC per organizzare la rotazione	Percentuale di inserimento dati per ogni operatore sul totale dei dati inseriti
10	Percorso campione	Monitoraggio inserimento e validazione dato su SIGLA	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare che chi inserisce e chi lo valida siano	SIGLA (estrazione delle note)	Percentuale di inserimenti con stesso operatore per

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
				dipendenti diversi	Responsabile di ogni SC per organizzare la rotazione	inserimento e validazione dati su tutti gli inserimenti
11	Acquisizione beni ordinari	Monitoraggio Schede Tecniche 1	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare quante volte le ditte contestano i dettagli delle schede che predispongono	Ufficio gare	N. diffide/contestazioni su schede tecniche relative alle gare su n. schede relative alle gare dell'anno (si considerano le gare > 40.000 euro)
12	Acquisizione beni ordinari	Monitoraggio Schede Tecniche 2	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare quante volte le ditte contestano i dettagli delle schede che predispongono	Ufficio gare	N. richieste chiarimenti tecnici su schede tecniche relative alle gare su n. schede relative alle gare dell'anno (si considerano le gare > 40.000 euro)
13	Partecipazione a progetti di ricerca	Monitoraggio partecipazioni e alla ricerca 1	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare la % di aziende private/consulenti che partecipano a progetti di ricerca	Ufficio Ricerche (per le ditte) e S.S. Segreteria (per le persone)	Percentuale di aziende private e consulenze che partecipano alla ricerca come U.O. o subcontraente su numero totale delle partecipazioni
14	Partecipazione a progetti di ricerca	Monitoraggio partecipazioni e alla ricerca 2	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare il numero di partecipazioni e a progetti di ricerca da parte di	Ufficio Ricerche (per le ditte) e S.S. Segreteria (per le persone)	Elenco di numero di volte che la ditta privata o il professionista

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
				aziende private/consulenti		partecipa ai progetti
15	Gestione documenti e registrazioni contenenti dati sensibili	Monitoraggio violazione dei dati sensibili	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica eventuali non conformità legate a perdita di dati o dati incompleti	SIGLA e S.C. Istopatologia	Rapporto tra n. NC relative a perdita di dati o dati incompleti su NC totali
16	Rendicontazione trimestrale Contabilità Analitica	Monitoraggio rendicontazione trimestrale	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica, per ogni produzione e a campione, della corrispondenza dei totali estratti con l'analitica complessiva	S.S. Controllo di gestione	Elenco esiti verifica
17	Richiesta di accertamenti per valutare un determinato rischio previsto dal d.lgs 81/08 (es. amianto)	Monitoraggio valutazione ditta	1 volta/anno: 31 dicembre	Considerare se tutti gli interventi effettuati rientrano nella convenzione CONSIP o extra CONSIP e che tutti gli interventi richiesti siano stati effettuati	S.S. SPP SS.CC. sanitarie e amministrativi	Fare un rapporto tra il numero di sopralluoghi richiesti e quelli effettuati. Se il rapporto è diverso da 1 significa che i sopralluoghi saranno stati maggiori di quelli richiesti oppure minori e, pertanto, comportare un rischio corruttivo
18	Richiesta di accertamenti per valutare un determinato rischio previsto dal d.lgs 81/08 (es. amianto)	Monitoraggio valutazione ditta	1 volta/anno: 31 dicembre	Considerare se sono stati rispettati gli importi preventivati relativi alle attività richieste	S.S. SPP SS.CC. sanitarie e amministrativi	Fare un rapporto tra l'importo preventivato e l'importo pagato. Se il rapporto è diverso da 1 significa che non vi è congruità tra

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
						le prestazioni in essere
19	Consulenza per affidamento incarico (es. Medico Competente, Esperto qualificato)	Monitoraggio verifica incarichi	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica oggettiva della scelta del professionista in base a criteri precedentemente stabiliti (ad es. economici)	Direzione amministrativa, U.O. Affari legali e S.S. Servizio prevenzione e protezione	Fare un rapporto tra il numero di incarichi assegnati e il numero di quelli assegnati con verifica preliminare, a parità di rispondenza ai requisiti richiesti, del vantaggio economico. Se il rapporto è diverso da 1 significa che le indicazioni precedentemente stabilite non sono state considerate
20	Gestione rifiuti	Monitoraggio verifica smaltimento rifiuti	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare se tutti i rifiuti prodotti e consegnati al trasportatore sono effettivamente e scaricati all'impianto di smaltimento individuato	Tutte le strutture complesse sanitarie e la SC TLA	Il formulario viene compilato e sottoscritto in quattro momenti: 1) Il produttore e 2) Il trasportatore 3) L'impianto di stoccaggio Il soggetto addetto alle operazioni di smaltimento/recupero dei rifiuti, al termine dell'operazione, compila (4)



	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
						nuovamente il formulario di identificazione (4° copia) e lo invia entro 60 giorni al produttore. Da questo documento si deduce se l'iter è stato corretto. Pertanto, si mette a rapporto il numero delle operazioni di conferimento con il numero di 4° copia pervenuta. Si verificherà che la 4° copia sia legata al documento compilato nella fase 1)
21	Rifornimento carburante e manutenzioni e autoparco	Monitoraggio rifornimento e manutenzione autoparco	2 volte/ anno: 30 giugno e 31 dicembre	Verificare il corretto rifornimento di carburante correlato all'utilizzo di ogni auto	U.O. Segreteria e Servizi Generali (Centralino)	Confrontare a campione la compilazione delle schede carburante in dotazione su ogni auto con il registro relativo all'utilizzo dell'auto
22	Utilizzo auto di servizio	Monitoraggio utilizzo auto di servizio	2 volte/ anno: 30 giugno e 31 dicembre	Monitorare i km. e l'effettivo utilizzo delle auto ai fini di una migliore gestione dei contratti di noleggio	U.O. Segreteria e Servizi Generali (Centralino)	Confrontare la tabella che riporta il chilometraggio di ogni auto e la tabella che riporta il numero di volte in cui ogni auto viene utilizzata e la durata in

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
						giorni dell'utilizzo
23	Protocollo Protocollare domande per partecipazione a Bandi di concorso pubblico Protocollare partecipazioni gare d'appalto Protocollare Rapporti di Prova	Monitoraggio abilitazione	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare che tutto il personale che svolge attività di protocollo sia abilitato	U.O. Segreteria e Servizi Generali	Confrontare il numero di nuovi operatori con il numero di abilitazioni
24	Convenzione con ente pubblico o privato	Monitoraggio convenzioni	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare ricavi e costi delle convenzioni	U.O. Affari Generali e Legali	Conteggiare i ricavi (convenzioni attive) e i costi (convenzioni passive)
25	Affidamento incarichi a professionisti (esterni)	Monitoraggio incarichi	1 volta/anno: 31 dicembre	Verificare quali incarichi comportano costi maggiori per l'Istituto	U.O. Affari Generali e Legali	Conteggiare annualmente il numero di incarichi affidati, distinguendoli tra obbligatori e non obbligatori
26	Pagamento Cassa Economale	Monitoraggio Cassa Economale	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica a campione dei pagamenti sia con fattura che in contanti	S.C. Economico Finanziario	Estrarre a campione almeno n. 3 registrazioni di fatture e n. 3 registrazioni di spese in contanti e verifica correttezza della documentazione
27	Fatturazione ed incasso quote iscrizione Corsi	Monitoraggio Quote di iscrizione	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica a campione sulle fatture emesse per	S.C. Economico Finanziario	Estrarre a campione almeno n. 3 corsi/convegni e verifica

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
	Formazione/ Convegni			corsi/convegni a pagamento		correttezza della documentazione
28	Selezione pubblica per assunzione a tempo determinato	Monitoraggio assunzione a tempo determinato	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica a campione sull'esistenza dei requisiti specifici (titoli di studio, iscrizione ad Albo Professionale, ecc...)	S.C. Risorse Umane	Verificare a campione (n. 5% delle assunzioni a tempo determinato) dei requisiti specifici di ammissione
29	Procedura concorsuale per assunzione a tempo indeterminato	Monitoraggio assunzione a tempo indeterminato	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica a campione sull'esistenza dei requisiti specifici (titoli di studio, iscrizione ad Albo Professionale, ecc...)	S.C. Risorse Umane	Verificare a campione (n. 5% delle assunzioni a tempo indeterminato) dei requisiti specifici di ammissione
30	Elaborazione degli stipendi	Monitoraggio stipendi	4 volte/anno: 31 marzo – 30 giugno – 30 settembre – 31 dicembre	Verifica degli elementi che determinano variazione degli stipendi o della situazione giuridica	S.C. Risorse Umane	Verificare su n. 15 dipendenti e n. 5 borsisti la veridicità delle voci che determinano variazione allo stipendio o alla situazione giuridica
31	Gestione delle assenze: giustificativi di assenza	Monitoraggio assenze	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica il corretto inserimento dei giustificativi di assenza	S.C. Risorse Umane	Verifica su IrisWeb dei giustificativi di assenza anomali
32	Gestione delle presenze: orario di lavoro	Monitoraggio presenze	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica congruo utilizzo del registro elettronico	S.C. Risorse Umane	Verifica a campione dell'orario di lavoro inserito
33	Trasparenza nella P.A.	Monitoraggio trasparenza	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica pubblicazioni	S.C. Misurazione Performance	Verifica a campione della corretta pubblicazione

	<b>Titolo processo</b>	<b>Titolo monitoraggio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Strutture coinvolte</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
						dei debiti informativi
34	Supporto all'attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Monitoraggio prevenzione corruzione	1 volta/anno: 31 dicembre	Verifica documentazione richiesta	S.C. Misurazione Performance	Verifica predisposizioni e documenti richiesti dalla normativa

### Monitoraggi da verificare, valutare, predisporre ed, eventualmente, da attivare dal 2021

Tabella n. 2

<b>Titolo processo</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
Acquisizione beni con cassa economale	Si resta in attesa della conclusione dei lavori di aggiornamento del regolamento di cassa economale. Successivamente si provvederà a redigere un unico processo per acquisto beni con cassa economale e successivamente si individueranno dei sistemi di monitoraggio per il contenimento del rischio corruttivo individuato
Acquisizione beni ordinari	N. di contestazioni su pareri di non idoneità del bene in fase di valutazione su beni acquistati
Scelta Dispositivi Protezione Individuale (DPI)	Considerato che nel processo sono coinvolte più strutture (U.O. Programmazione e gestione beni e servizi), si intende predisporre una mappatura unica dell'intero processo. Tale adempimento sarà un obiettivo del PTPCT 2020 – 2022 così come il relativo monitoraggio
Gestione rifiuti – consulenza affidamento appalto	Considerato che nel processo sono coinvolte più strutture (U.O. Programmazione e gestione beni e servizi), si intende predisporre una mappatura unica dell'intero processo. Tale adempimento sarà un obiettivo del PTPCT 2020 – 2022 così come il relativo monitoraggio
Affidamento servizi per convegni e rapporti istituzionali	I monitoraggi dei processi relativi alla Segreteria di Direzione e alla Comunicazione verranno predisposti nel 2020
Gestione corrispondenza protocollata Direttori e Presidenza	
Gestione spese di rappresentanza	
Pubblicazione News	
Gestione Sale IZSTO	
Organizzazione Evento divulgativo	

<b>Titolo processo</b>	<b>Descrizione monitoraggio</b>
scientifico. Comunicazione	
Valutazione del Personale (comparto/dirigenza/responsabili di struttura)	Processi da monitorare nel 2020 a seguito della riorganizzazione
Segreteria Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)/Nucleo di Valutazione (NdV)	Processi da monitorare nel 2020 a seguito della riorganizzazione
Assegnazione e valutazione obiettivi di budget	Processi da monitorare nel 2020 a seguito della riorganizzazione
Percorso campione	Rapporto tra n. campioni accettati nei tempi previsti e totale campioni
Percorso campione	Rapporto tra n. campioni pervenuti a temperatura idonea in fase di trasporto e totale campioni
Percorso campione	Rapporto tra n. campioni pervenuti e totale campioni presi in carico
Percorso campione	Rapporto tra n. difformità tra verbale vs dati riportati in SIGLA e totale campioni accettati
Percorso campione	Rapporto tra n. NC interne su non effettuabilità analisi per problemi tecnici dovuti ad inadeguata conservazione campioni e totale NC legate alla prova
Percorso campione	Rapporto tra n. campioni testati nei tempi previsti per l'esecuzione dell'analisi e totale campioni testati
Percorso campione	Rapporto tra n. analisi ripetute e totale analisi effettuate
Percorso campione	Rapporto tra n. reclami chiusi nei tempi previsti e totale reclami
Percorso campione	Rapporto tra n. RdP rimessi per rettifiche dell'esito analitico e n. RdP totali
Percorso campione	Rapporto tra n. RdP riemessi e RdP totali
Percorso campione	Rapporto tra n. NC chiuse nei tempi previsti e totale NC

## **PROGRAMMA PER L'ANNO 2020**

Nel 2020 si continueranno le attività e i sistemi per la prevenzione della corruzione sperimentati finora, con particolare riguardo ai monitoraggi individuati (tabella n. 1). Gli stessi verranno attivati in via sperimentale e potrebbero essere soggetti a variazioni.

Inoltre, i gruppi di lavoro che hanno collaborato durante l'anno 2019, verificheranno se i monitoraggi proposti (tabella n. 2) possono essere utilizzati con l'obiettivo di tenere sotto controllo l'evento corruttivo.

Verranno nuovamente analizzati i processi già mappati e verrà effettuata una nuova valutazione del rischio, secondo le modalità previste nel PNA 2019.

## 12 - TRASPARENZA

E' una misura molto rilevante e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Attualmente l'Istituto ha reso pubblico sul proprio sito istituzionale i dati richiesti dal d,lgs n. 33/2013.

Il d.lgs n. 97/2016 ha apportato innovazioni in tema di trasparenza e intende razionalizzare e ridurre gli obblighi previsti in modo da rendere meno gravoso il compito delle singole amministrazioni. Le principali novità che hanno interessato l'istituto sono state:

- a) Superamento del piano per la trasparenza. A partire dal 2017, il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità trova una specifica sezione nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e vi sarà uno stretto collegamento tra piano anticorruzione e piano delle performance tramite la promozione della trasparenza quale obiettivo strategico per la performance organizzativa e individuale.
- b) Potenziamento della trasparenza sulla spesa pubblica (artt. 4 -bis) con l'istituzione del portale «Soldi pubblici» e l'obbligo di pubblicazione di tutti i dati sui pagamenti, in modo da permetterne la consultazione in relazione a: tipologia di spesa, ambito temporale di riferimento e beneficiari.
- c) Estensione oggettiva obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 37). Come pubblicazioni obbligatorie ex art. 1, c. 32, L. 190/12 (già in vigore), vi erano:
  - la struttura proponente;
  - l'oggetto del bando;
  - l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte;
  - l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione;
  - i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
  - l'importo delle somme liquidate.

Con il nuovo Codice degli appalti (art. 29, c. 1, d. lgs. 50/16) sono diventate obbligatorie le seguenti pubblicazioni: tutti gli atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture, nonché 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.

- d) Estensione oggettiva obblighi di pubblicazione in materia di concorsi (art. 19) e di personale (art. 16, c. 3-bis). Fermi restando gli altri obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni pubblicano i bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte. Il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri assicura adeguate forme di pubblicità dei processi di mobilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, anche attraverso la pubblicazione di dati identificativi dei soggetti interessati.
- e) Previsione di link a documenti esistenti ed alle banche dati nazionali per soddisfare i vincoli di trasparenza.

Inoltre, per quanto riguarda la trasparenza e la prevenzione della corruzione, nel 2017 verranno rivisti i componenti dei relativi gruppi, anche in conseguenza alla riorganizzazione che verrà attuata nell'Istituto.

I referenti attuali e/o quelli che eventualmente saranno nominati sono responsabili:

- dei dati pubblicati
- del loro tempestivo aggiornamento
- della loro veridicità
- della loro visibilità
- della presa visione del seguente piano che verrà pubblicato nella pagina Amministrazione Trasparente del sito istituzionale come da indicazione dell'Anac.

In base alle linee guida dell'ANAC recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/2016, i dati da pubblicare sono attualmente quelli inseriti nel documento sotto riportato.

Qualora i dati vengano variati, sarà responsabilità di tutti i referenti apportare le modifiche richieste e verrà aggiornato l'allegato di riferimento.

Continua la pubblicazione di dati ulteriori all'interno della pagina "Amministrazione Trasparente" per la quale si prevede un ulteriore incremento.



I dati da pubblicare in base all'art. 14 del d.lgs 33/2013 sono stati disciplinati dalle Linee guida dell'Anac adottate con deliberazione n. 241 dell'8 marzo 2017 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali come modificato dall' art. 13 del d.lgs. 97/2016".

Successivamente, un'ordinanza cautelare del TAR Lazio, sez. I-quater, n. 1030/2017, pubblicata il 2 marzo 2017, ha sospeso l'attuazione dell'articolo 14 per i dirigenti motivando nel seguente modo *"consistenza delle questioni di costituzionalità e di compatibilità con le norme di diritto comunitario sollevate nel ricorso e valutata l'irreparabilità del danno paventato dai ricorrenti discendente dalla pubblicazione on line, anche temporanea, dei dati per cui è causa"*.

Il Segretario generale del Garante della privacy in data 3 aprile 2017 rende noto di aver ricevuto un parere dell'Avvocatura dello Stato del 9 marzo 2017 secondo cui non sussistono i presupposti per proporre appello avverso l'ordinanza del TAR e che pertanto, *"salvo diverso avviso di codesta Autorità, il Garante non procederà alla pubblicazione"* dei dati di tutti i dirigenti in attesa della pronuncia di merito.

Con delibera n. 382 del 12.04.2017 è stata deliberata la sospensione dell'efficacia della delibera 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 co. 1 lett. c) del d.lgs 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN.

Con lettera prot. n. 0026310-16/10/2019-DGSAF-MDS-P il Ministero della Salute - DIREZIONE GENERALE DELLA SANITA' ANIMALE E DEI FARMACI VETERINARI - Ufficio 1 – ha precisato che l'obbligo di pubblicazione dei redditi e del patrimonio, nel caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, *"..... sussiste per i titolari degli incarichi di Direttore Generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario nonché per i membri del Consiglio di Amministrazione"*.

Inoltre, per quanto riguarda la pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti (art. 14, co. 1-ter, del d.lgs. 33/2013), in data 17 maggio 2017 l'Anac ha precisato che, a seguito dell'ordinanza del TAR Lazio n. 1030/2017 e della delibera ANAC n. 382/2017, l'obbligo di pubblicazione degli emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica percepiti dai dirigenti, previsto dall'art. 14, co. 1-ter, del d.lgs. 33/2013, debba ritenersi non sospeso, in quanto la predetta disposizione non è stata richiamata in alcun modo dall'ordinanza, né è stata oggetto di censura dinanzi al TAR. Il Consiglio nelle adunanze del 27 settembre e dell'8 novembre 2017 ha ritenuto di confermare la decisione assunta precedentemente, rilevando che avere

sollevato d'ufficio l'eccezione di illegittimità costituzionale dell'art. 14, co. 1-ter, del d.lgs. 33/2013 non ha alcun effetto sospensivo.

La delibera Anac n. 1310 del 28.12.2016 fornisce le "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016.

Di seguito l'allegato della delibera con lo schema dei dati da pubblicare. A tal proposito si precisa che questo Istituto si impegna a pubblicare i dati, rispettando le disposizioni comunitarie e nazionali in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali. Ci si impegna, pertanto, a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti, sensibili o giudiziari che non siano indispensabili alle finalità di trasparenza della pubblicazione e a non diffondere dati personali in mancanza di idonei presupposti normativi. Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso alle informazioni previste dalla normativa vigente nonché quelli relativi alla diffusione dei dati sensibili (l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale.

In riferimento alla privacy, con delibera n. 189 del 4.04.2019 è stato designato il Dott. Gioacchino Macaluso quale data protection officer (responsabile della protezione dei dati personali) ai sensi dell'art. 37 del regolamento UE 2016/679.

Nell'anno 2019 è stata realizzata nel sito istituzionale la nuova pagina di Amministrazione Trasparente. A parte il cambiamento grafico visibile accedendo al sito, si è rivista l'assegnazione delle credenziali per la pubblicazione. Con il nuovo programma, inoltre, solo coloro che hanno le credenziali possono accedere alla pagina Amministrazione Trasparente e procedere alla pubblicazione/aggiornamento delle pagine individuate.

Inoltre, con il programma attivato, viene evidenziato per ogni pagina la data dell'ultimo aggiornamento.

Viene, altresì, individuato il numero dei visitatori.

**ALLEGATO B:** tabella aggiornata e completa degli obblighi di pubblicazione con riferimenti normativi, struttura che detiene il dato e pubblicatore

### 13 - CRONOPROGRAMMA ANNO 2020

<b>SOGGETTI</b>	<b>COMPETENZE/ADEMPIMENTI</b>	<b>TERMINI</b>
Responsabile della prevenzione della corruzione	Proposta per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione	Entro il 31/12/2020
Direttore Generale	Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione	Entro il 31/01/2021
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione sul sito web aziendale	Entro il 31 gennaio di ogni anno o data diversa comunicata dall'Anac
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione alle articolazioni aziendali tramite pubblicazione sul sito istituzionale	Entro 30 gg. dalla sua adozione
Strutture Sanitarie, Amministrative e di staff	Obiettivi proposti dal RPC alla Direzione ed inseriti nel piano	Scadenze diversificate
Strutture Amministrative e di Staff	Proposta ed eventuale realizzazione di misure ulteriori di prevenzione	Entro il 30/11/2020
Referenti Gruppo di lavoro	Segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione su fatti corruttivi tentati o reali all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza	Immediatamente
Responsabile S.C. Risorse Umane	Comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione dei dati relativi alle posizioni dirigenziali attribuite a persone, interne e/o esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Entro il 31/10/2020
Responsabile S.C. Tecnico Logistica e Appalti	Comunicazione sull'applicazione della misura di pantouflage ed eventuale report delle dichiarazioni.	Entro il 30/11/2020
Responsabile della prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione monitoraggio	Entro la data comunicata annualmente dall'Anac

	delle attività e della situazione e contestuale pubblicazione sul sito web aziendale	
Responsabile della trasparenza	Verifica, in collaborazione con il gruppo di lavoro, della applicazione del d.lgs 97/2016	Entro il 31/12/2020
Responsabili S.C., Responsabili S.S. di staff e Responsabile Formazione	Proposta del Piano annuale di formazione della propria struttura al Responsabile della prevenzione della corruzione	Entro data da stabilire ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della S.C. Economico Finanziario	Predisposizione misure per antiriciclaggio	Entro il 30/11/2020
Uffici per i procedimenti disciplinari U.R.P. Risorse Umane	Acquisizione segnalazioni comportamenti, condotte illecite o comunque in violazione del codice di comportamento e disciplinare.  Segnalazioni dagli uffici U.R.P. Segnalazioni dall'ufficio risorse umane per l'autorizzazione delle attività extra istituzionali e vigilanza sulla inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi.	Cadenza mensile ove sussistano
Strutture individuate nell'elenco dei monitoraggi	Collaborazione, per quanto di competenza, ai vari monitoraggi	Cadenze diversificate