Allegato alla DCA n. 1 del 31.01.2024

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE

LEGNARO (PD)

1. "*Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie 2024-2026*" comprensivo dei relativi allegati

Il DIRETTORE AMMINISTRATIVO
con funzioni di segretario
Dott. Massimo Romano

Il PRESIDENTE
dott. Manlio Palei

Istituto Zooprofilattico
Sperimentale delle Venezie

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2024-2026

SOMMARIO

PREMESSA 5

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA 6

1. CHI SIAMO: NATURA E SCOPO DELL'ENTE 7

1.1 MISSION, VISION E ATTIVITA' DELL'ISTITUTO 8

1.2 GLI INTERLOCUTORI O STAKEHOLDER 12

1.3 ORGANIZZAZIONE DELL'ENTE 13

1.3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE 13

1.3.2 MODELLO ORGANIZZATIVO 14

1.3.3 IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO 14

1.4 LA POLITICA DELLA QUALITA': SISTEMI QUALITÀ E ACCREDITAMENTO 20

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 22

2.1 VALORE PUBBLICO 23

2.1.1 LE STRATEGIE DI VALORE PUBBLICO DELL'IZSVE 23

2.1.2 ACCESSIBILITA' FISICA 32

2.1.3 ACCESSIBILITA' DIGITALE 32

2.1.4 MISURE PREVISTE DALL'AGENDA DIGITALE 34

2.2 PERFORMANCE 35

2.2.1 IL CICLO DELLA PERFORMANCE 35

2.2.2 RELAZIONE PROGRAMMATICA 2024 36

2.2.3 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE 51

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 52

PARTE I QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO 52

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 53

2.3.2 COORDINAMENTO TRA LA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA E LA SEZIONE PERFORMANCE 53

2.3.3 PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 54

2.3.4 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE: SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 55

2.3.5 RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONI 60

PARTE II LA GESTIONE DEL RISCHIO 62

PREMESSA 65

2.3.6 ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO 63

2.3.6.1 IL CONTESTO ESTERNO 63

2.3.6.2 IL CONTESTO INTERNO 69

2.3.6.3 RILEVAZIONE DEI PROCESSI - AREE A RISCHIO E MAPPATURA PROCESSI 75

2.3.6.4 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI 79

2.3.6.5 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE 83

2.3.6.6 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO 84
PARTE III LE MISURE DI PREVENZIONE GENERALI 87
2.3.7 TRASPARENZA 87
2.3.8 CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO AZIENDALE (DCA n. 12/2017) 87
2.3.9 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSE E OBBLIGO DI ASTENSIONE 89
2.3.9.1 LE MISURE PER LA GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE NEGLI APPALTI 91
2.3.10 FORMAZIONE 93
2.3.11 ROTAZIONE DEL PERSONALE E MISURE ALTERNATIVE 95
2.3.11.1 RIFERIMENTI NORMATIVI 95
2.3.11.2 PREMESSE 95
2.3.11.3 ROTAZIONE ORDINARIA E VINCOLI 95
2.3.11.4 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI 97
2.3.11.5 MISURE ALTERNATIVE ALLA ROTAZIONE ORDINARIA 98
2.3.11.6 ROTAZIONE STRAORDINARIA 99
2.3.11.7 PROCEDIMENTO PENALE PER CONDOTTE DI NATURA CORRUTTIVA 100
2.3.11.8 PROCEDIMENTO DISCIPLINARE PER CONDOTTE DI NATURA CORRUTTIVA 100
2.3.11.9 DISPOSIZIONI COMUNI AD ENTRAMBE LE FATTISPECIE 100
2.3.12 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (whistleblower)..... 102
2.3.13 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' 102
2.3.14 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 104
2.3.15 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE 106
2.3.16 ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS) 107
2.3.17 SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI 109
2.3.18 PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI 109
2.3.19 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI 110
2.3.20 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI 111
2.3.21 MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE..... 111
2.3.22 MONITORAGGIO E VIGILANZA ENTI DI DIRITTO PRIVATO IN CONTROLLO PUBBLICO ED ENTI DI DIRITTO PRIVATO PARTECIPATI 112
2.3.23 CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2023-2025 115
PARTE IV TRASPARENZA 117
2.3.24 DEFINIZIONE DEI FLUSSI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI E INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI 117
2.3.25 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E OIV 118
2.3.26 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI 119
2.3.27 QUALITA' DEL DATO E FORMATO DI PUBBLICAZIONE 119
2.3.28 MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO 119
2.3.29 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA 120
2.3.30 INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA 120
2.3.31 DATI ULTERIORI 121

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... 122
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA 123
3.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA INTERNA 123
3.1.2 LIVELLI DI RESPONASBILITA' ORGANIZZATIVA – DIRIGENTI E INCARICHI DI FUNZIONE 129
3.1.3 NUMERO DI DIPENDENTI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE 132
3.1.4 MISURE PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITA' E L'EQUILIBRIO DI GENERE 132

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 138
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 139
3.3.1 INTRODUZIONE 139
3.3.2 CONSISTENZA DI PERSONALE AL 1° GENNAIO 2023 (A SEGUITO DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO 140
3.3.3 LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE 140
3.3.4 RICERCA 143
3.3.5 I LIMITI DI SPESA 145
3.3.6 LA MODIFICA DELLA DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE FRA SERVIZI/SETTORI/AREE 146
3.3.7 LA MODIFICA DEL PERSONALE IN TERMINI DI LIVELLO/INQUADRAMENTO 146
3.3.8 LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO 146
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE 147
3.4.1 MONITORAGGIO 161
3.4.2 POLITICHE DI PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO E DI CONCILIAZIONE 161

SEZIONE 4 MONITORAGGIO 162

Allegati:

- *Allegato 1 – Mappatura Processi e Valutazione del rischio*
- *Allegato 2 – Tabella delle misure di trattamento*
- *Allegato 3 – Elenco degli obblighi di pubblicazione*
- *Allegato 3bis - Elenco obblighi di pubblicazione sezione bandi di gara e contratti di cui all'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023*
- *Allegato 4 – Nuova Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità "whistleblowing policy"*
- *Allegato 5 – Piano Triennale delle Attività 2024-2026*

PREMESSA

L'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia",* convertito, con modificazioni, dalla Legge del 6 agosto 2021, n. 113 prevede che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) entro il 31 gennaio.
Con Decreto 30 giugno 2022, n. 132 è stato adottato il "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività' e organizzazione*", volto a definire i contenuti e lo schema tipo del PIAO.
Con Circolare n. 2/2022 dell'11 ottobre 2022 il Dipartimento della Funzione ha, inoltre, pubblicato le indicazioni operative sul funzionamento del Portale PIAO, promuovendo l'inserimento di obiettivi di risparmio energetico nella Sezione "*Valore pubblico, performance, anticorruzione*".

Il PIAO 2024-2026 dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie intende garantire il miglioramento della qualità dei propri strumenti di programmazione e controllo, secondo una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'Amministrazione, nel rispetto dei documenti sopra citati.

Il PIAO ha durata triennale ed è soggetto ad aggiornamento annuale con riferimento a:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le misure per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA

1. CHI SIAMO: NATURA E SCOPO DELL'ENTE

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) è un ente sanitario che opera per la salute pubblica effettuando ricerca ed erogando servizi negli ambiti della salute animale e della sicurezza alimentare.
L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica, ai sensi dell'Accordo per la gestione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, approvato con leggi della Regione Veneto n. 5 del 18 marzo 2015, della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia n. 9 del 24 aprile 2015, della Provincia Autonoma di Trento n. 5 del 10 marzo 2015 e della Provincia Autonoma di Bolzano n. 5 del 19 maggio 2015, di seguito denominato "Accordo".
È un organizzazione istituita da leggi nazionali e regionali come strumento tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, e svolge attività rivolte a diversi utenti: il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome, le Aziende Sanitarie Locali, i veterinari liberi professionisti, gli operatori del settore zootecnico, le aziende alimentari, i cittadini.
L'IZSVe è competente per la Regione del Veneto, la Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Fa parte di una rete di 10 Istituti Zooprofilattici Sperimentali con funzioni simili e diverse aree di competenza distribuiti su tutto il territorio italiano.

L'Istituto ha sede legale in Legnaro (PD) ed è articolato sul territorio degli enti cogerenti, in Sezioni periferiche, dotate di autonomia operativa e di un proprio budget annuale approvato dal Consiglio di amministrazione dell'Istituto.
Le Sezioni periferiche dell'Istituto corrispondono ai laboratori diagnostici già operanti sul territorio degli enti cogerenti alla data di operatività dell'Accordo e le altre Sezioni successivamente istituite per dotare il territorio dei medesimi enti di nuovi laboratori periferici.

L'Istituto collabora inoltre con le principali organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di sanità animale e sicurezza alimentare. Svolge il ruolo di centro di referenza nazionale e internazionale su specifiche tematiche per il Ministero della Salute, l'Organizzazione mondiale per la sanità animale (OIE) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO).

1.1 MISSION, VISION E ATTIVITA' DELL'ISTITUTO

La *mission* dell'Istituto è di operare per il miglioramento della salute pubblica e per il progresso socio-culturale ed economico della collettività svolgendo attività di controllo e ricerca nell'ambito della sicurezza alimentare e del benessere animale.
La *vision* dell'Istituto è essere un polo di eccellenza per la tutela della salute pubblica ed il sostegno alle imprese, attraverso la costante innovazione delle tecnologie, delle competenze e delle conoscenze.

Da sempre l'Istituto interpreta questi indirizzi ponendosi obiettivi ambiziosi di sviluppo e innovazione nella consapevolezza di dover rimanere costantemente centrato rispetto al permanente divenire delle esigenze emergenti dalle realtà produttive e degli operatori che a vario livello afferiscono a esse. L'Istituto intende, dunque, continuare a posizionarsi come punto di riferimento autorevole e affidabile, sempre capace di erogare prestazioni rispondenti alle istanze della propria utenza, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale collocazione è raggiunta e mantenuta attraverso la comprensione dei bisogni e il dialogo costante con le componenti che hanno nell'Istituto una delle interlocuzioni indispensabili: le autorità competenti, gli altri IIZZSS e gli attori delle diverse filiere. La ricerca scientifica svolta, in particolare, è strumento che permette di rafforzare l'azione della prevenzione e dei controlli dei servizi sanitari locali e nazionali e la sostenibilità economica dei soggetti, pubblici e privati, che all'Istituto si rivolgono.

Gli obiettivi principali del mandato istituzionale sono:

- garantire servizi diagnostici specializzati su animali;
- effettuare controlli analitici su alimenti;
- effettuare diagnosi per il controllo ufficiale di allevamenti e prodotti alimentari;
- realizzare piani di sorveglianza epidemiologica, controllo ed eradicazione per prevenire la diffusione di malattie;
- svolgere progetti di ricerca scientifica negli ambiti della veterinaria e della sicurezza alimentare.
- progettare attività di formazione per gli operatori del settore veterinario ed alimentare;
- realizzare attività di comunicazione scientifica, in particolare riguardo i rischi sanitari legati al contatto con gli animali ed al consumo di alimenti.
- promuovere il benessere animale all'interno del mondo produttivo, della ricerca scientifica biomedica e della società in generale.

Per raggiungere questi obiettivi all'interno dei laboratori dell'IZSVe lavorano medici veterinari, biologi, chimici, biotecnologi, tecnici di laboratorio, personale tecnico e amministrativo.

Il mandato istituzionale dell'IZSVe è pubblicato nello Statuto, adottato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 12 del 24 maggio 2021 e approvato dalla Regione del Veneto, su conforme parere degli Enti cogerenti, con DGRV n. 1308 del 28 settembre 2021 e disponibile al seguente link: https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/attistatuti.xml.

L'Organizzazione interna e l'organigramma ufficiale dell'IZSVe sono consultabili nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e le relative dotazioni organiche, disponibile al seguente link: https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/atti.xml.

Le attività svolte annualmente dall'IZSVe sono rendicontate nella Relazione tecnica, disponibile al seguente link: https://www.izsvenezie.it/relazione-tecnica-2022/ .

Attività di Ricerca

Come già sopra esposto tra i compiti istituzionali rientra anche quello di *"svolgere progetti di ricerca scientifica negli ambiti della veterinaria e della sicurezza alimentare".*

Per quanto riguarda le attività di ricerca l'IZSVe può beneficiare di finanziamenti da questi principali ambiti:

a) Ministeri ed enti pubblici in generale;
b) Unione Europea/Enti Internazionali;
c) PNRR-PNC.

a) Ministeri Ed Enti Pubblici In Generale

In tale contesto grande rilevanza hanno sempre avuto i programmi di ricerca promossi dal Ministero della Salute, anche se non vanno trascurate le attività svolte per il Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, per le Regioni, le Provincie e altri Enti pubblici nazionali quali ISPRA, Istituto Superiore di Sanità, Ulss ecc..

L'art. 12-bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. in particolare, infatti, che la ricerca sanitaria debba rispondere al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

Stabilisce che il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di:

- ricerca corrente: l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica.
- ricerca finalizzata: attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale.

b) Finanziamenti dell'Unione Europea ed internazionali

I finanziamenti per le ricerche dell'Unione Europea rientrano nell'ambito dei Programmi Quadro – strumento principale dell'Unione Europea per il finanziamento della ricerca in Europa – il quale è proposto dalla Commissione Europea e adottato dal Consiglio e dal Parlamento europeo secondo la procedura di codecisione. I programmi quadro coprono un periodo di cinque anni ed il primo è stato istituito nel 1984. Ciascun programma definisce le varie tematiche tra le quali trovano allocazione anche quelle di interesse dell'Istituto.

Dal 2021 ha preso avvio *Horizon Europe*, che si concluderà nel 2027, che ha stanziato ingenti risorse finanziarie per sostenere progetti di ricerca innovativi e collaborazioni transnazionali in cinque "Missioni" di ricerca e innovazione collegate alle tematiche più sfidanti del nostro tempo. Ad oggi è il più vasto programma di ricerca e innovazione transnazionale al mondo. L'obiettivo primario è quello di promuovere la cooperazione tra istituzioni, ricercatori e aziende di diversi Paesi, contribuendo a creare una rete di conoscenze e competenze, atta ad affrontare e vincere sfide complesse, promuovendo la scoperta di nuove soluzioni e lo sviluppo di tecnologie avanzate. Inoltre, questi finanziamenti favoriscono la creazione di consorzi internazionali, incoraggiando la diversità di prospettive e la condivisione delle risorse.

A questa grande programmazione si affiancano altri bandi competitivi europei, ai quali IZSVe applica con un certo grado di successo, quali *Interreg*, Life, EFSA.

A livello internazionale l'ambito della ricerca e della cooperazione internazionale rappresenta un'area di particolare rilevanza e interesse per l'IZSVe, che collabora strettamente con istituzioni e organizzazioni internazionali come l'WOAH, l'OMS e la FAO per l'implementazione di attività di cooperazione e formazione nelle aree dell'Africa, dell'Asia, del Medio Oriente e della Regione Balcanica nel campo del *capacity building* veterinario, del rafforzamento della capacità diagnostica dei laboratori, valutazione del fabbisogno di attrezzature, pianificazione di emergenza e controllo delle malattie animali, sviluppo delle capacità di implementazione dei sistemi informativi geografici (GIS), miglioramento della protezione dei consumatori contro le malattie zoonotiche, assistenza tecnica per il controllo e l'eradicazione delle malattie zoonotiche, rafforzamento delle istituzioni di controllo degli alimenti, progettazione e gestione dei sistemi informativi di laboratorio e registrazione degli animali.

Infatti, nel mondo globalizzato, le malattie degli animali attraversano facilmente le frontiere creando le possibilità per l'insorgere di epidemie su scala sovranazionale e mondiale. La realizzazione di progetti di cooperazione internazionale risulta quindi indispensabile per contribuire alla prevenzione delle malattie degli animali e garantire la salute dei consumatori.

A tal fine l'IZSVe si interfaccia con partner e agenzie internazionali nella progettazione e gestione dei progetti con gli Istituti veterinari dei paesi in via di sviluppo, per il trasferimento delle conoscenze e delle pratiche di laboratorio e per lo sviluppo della ricerca applicata in veterinaria.

c) Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Approvato nel giugno 2021, rappresenta un ambizioso programma di investimenti e riforme adottato dal governo italiano, che durerà fino al 2026. Uno degli aspetti fondamentali del PNRR riguarda i finanziamenti destinati a sostenere progetti strategici finalizzati a rafforzare la resilienza del Paese e a promuovere la crescita sostenibile. Il PNRR ha ricevuto un considerevole sostegno finanziario dall'Unione Europea attraverso il *NextGenerationEU*, il programma europeo volto a stimolare la ripresa economica post-pandemia e a favorire la transizione verde e digitale. I finanziamenti del PNRR sono indirizzati verso settori chiave come la digitalizzazione, la transizione energetica, l'innovazione, l'istruzione e la formazione professionale, la sanità e la modernizzazione delle infrastrutture. Questi investimenti mirano non solo a mitigare gli effetti negativi della crisi, ma anche a creare le basi per una crescita economica sostenibile, inclusiva e orientata al futuro e si pongono come risorsa chiave per la realizzazione di iniziative strategiche volte a rafforzare la capacità di risposta del Paese di fronte alle sfide attuali e future.

L'IZSVe è coinvolto attivamente in più progettualità PNRR e PNC (Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR) con particolare riguardo a programmi che mirano ad attuare sistemi infrastrutturali e progettualità trasversali in ottica "One Health".

Centri di Referenza Nazionale e Centri Internazionali

I Centri di referenza nazionale sono strumenti operativi, designati dal Ministero della Salute che si caratterizzano per un'elevata competenza nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica.

Alcuni dei laboratori e dei Centri di referenza nazionale dell'IZSVe sono anche laboratori di riferimento a livello internazionale per organizzazioni come la Commissione europea (Laboratori nazionali di riferimento/LNR e Laboratori di referenza europei/EURL), l'Organizzazione mondiale della sanità animale/WOAH (Laboratori di referenza WOAH, Centri di collaborazione WOAH), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura/FAO (Centri di referenza FAO).

- **Centro di referenza nazionale e Centro di referenza FAO per l'apicoltura / Centro regionale per l'apicoltura (Regione del Veneto):** è stato istituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie con decreto 13 febbraio 2003 del ministero della Salute (G.U. 7 aprile 2003 n. 81). Nel dicembre 2018 il Centro è stato inoltre designato dal Ministero della Salute come **Laboratorio nazionale di riferimento per le malattie delle api**. La Regione del Veneto ha inoltre istituito presso l'IZSVe il **Centro regionale per l'apicoltura** (LR 23 del 18 aprile 1994).L'attività principale è concentrata sulla diagnosi, controllo e prevenzione delle malattie dell'alveare, in particolare sullo studio e la messa a punto di protocolli di trattamento basati sull'utilizzo di princìpi attivi a basso impatto inquinante sull'alveare (acidi organici, oli essenziali) e successivamente allo sviluppo e diffusione del concetto di lotta integrata alla varroasi. Altro settore di interesse è quello relativo alla valutazione della qualità dei prodotti dell'alveare secondo la normativa vigente, ma anche lo studio e messa a punto di metodiche analitiche dirette a valutare parametri di qualità alternativi. L'attenzione ai possibili inquinanti dell'alveare è stata inoltre estesa al contesto ambientale (pesticidi, metalli pesanti, PCB, IPA);
- **Centro di referenza nazionale, Laboratorio di referenza europeo (EURL), Laboratorio di referenza WOAH per l'influenza aviaria e la malattia di Newcastle, Centro di referenza FAO per l'influenza animale e la malattia di Newcastle:** è stato riconosciuto tale dal ministero della Salute nell'ottobre 1999, e successivamente nominato Laboratorio di referenza WOAH per l'influenza aviaria nel 2001 e Centro di referenza FAO per l'influenza animale e la malattia di Newcastle nel 2005. **Interviene a livello regionale, nazionale e internazionale nelle emergenze epidemiche** in seguito a focolai confermati o focolai sospetti della malattia di Newcastle o dell'influenza aviaria ed esegue le indagini di laboratorio ed epidemiologiche necessarie;
- **Centro di referenza nazionale per gli interventi assistiti con gli animali (*pet therapy*):** è stato istituito con decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 giugno 2009. Si occupa della promozione della ricerca per la standardizzazione di protocolli operativi per il controllo sanitario e comportamentale degli animali, del potenziamento delle collaborazioni fra medicina umana e veterinaria, del miglioramento delle conoscenze circa l'applicabilità di tali interventi in determinate categorie di pazienti, come anziani, bambini affetti da autismo, disabili psichici e dell'organizzazione e gestione di percorsi formativi;
- **Centro di referenza nazionale per lo studio e la diagnosi delle malattie dei pesci, molluschi e crostacei / Centro Laboratorio di referenza WOAH per encefalo-retinopatia virale dei pesci marini:** con Decreto del Ministero della Salute del 31 ottobre 1994 il laboratorio, più tardi divenuto Centro specialistico ittico, è stato riconosciuto **Centro di referenza nazionale (CRN) per lo studio e la diagnosi delle malattie dei pesci, molluschi e crostacei.** Nel 1999 il CRN è stato riconosciuto **Laboratorio di referenza WOAH per la encefalopatia e retinopatia virale dei pesci marini.** Con provvedimenti successivi, e in accordo alla normativa che prevede l'attivazione di un laboratorio di riferimento nazionale per ogni laboratorio di referenza istituito a livello comunitario, sono stati

riconosciuti al CRN il laboratorio di Riferimento Nazionale per le malattie dei **pesci**, il Laboratorio di Riferimento Nazionale per le Malattie dei **Crostacei** e il Laboratorio di Riferimento Nazionale per le Malattie dei **Molluschi**. Inoltre, dal 2012 è stato inoltre attivato il laboratorio per lo **studio dell'epidemiologia applicata agli organismi acquatici**. Presso il Centro è attivo un acquario sperimentale.

- **Centro di referenza nazionale e Centro di collaborazione WOAH per la ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo/animale:** il Centro di referenza nazionale per la ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo/animale è stato istituito dal Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con D.M. del 23 agosto 2008.Si occupa dello studio e della ricerca sulle malattie infettive emergenti trasmissibili dagli animali all'uomo, garantendo un nuovo approccio transdisciplinare allo studio, alla ricerca e al controllo delle malattie infettive emergenti, attribuendo alle componenti mediche e veterinarie un ruolo centrale, tenendo in considerazione l'ambiente come fattore determinante nell'equilibrio fra ospite, agente patogeno, serbatoio e vettore. Il nuovo Centro, riconosciuto Centro di collaborazione WOAH, è nato con il sostegno delle più importanti organizzazioni internazionali quali Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Organizzazione mondiale per la sanità animale (WOAH) e Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO) per l'istituzione di programmi di studio e di collaborazione con i principali laboratori del mondo che si occupano di malattie emergenti a trasmissione animale;
- **Centro di Referenza Nazionale e Centro di referenza FAO per la rabbia:** il Centro di referenza nazionale per la rabbia è stato istituito con decreto 8 maggio 2002 del Ministero della Salute e nel dicembre 2012 riconosciuto anche come centro di referenza FAO per la rabbia. Accanto all'attività diagnostica di routine ha maturato esperienza specifica in materia di vaccinazione orale delle volpi e nel controllo dell'efficacia della stessa. Successivamente ha ottenuto il riconoscimento da parte dell'WOAH/OMS (1995), del DEFRA (Regno Unito) (1999) e più recentemente dell'UE (decisione 2001/296/CE) per la verifica dell'efficacia dei vaccini antirabbici destinati ad alcuni carnivori domestici. Svolge attività di informazione e formazione in materia di controllo e prevenzione della rabbia sia in ambito veterinario sia di medicina umana;
- **Centro di referenza nazionale e Laboratorio di referenza WOAH per le salmonellosi: Il Centro di referenza nazionale per le salmonellosi** è stato istituito con decreto del Ministero della Sanità del 4 ottobre 1999. Nel 2006, inoltre, è stato designato anche come **Laboratorio Nazionale di riferimento per le salmonellosi e nel 2007 è stato riconosciuto** dall'Organizzazione mondiale della sanità animale (WOAH) come **Laboratorio di referenza per le salmonellosi**. In tale ambito il laboratorio fornisce **supporto diagnostico, consulenza, attività di formazione ai paesi membri di WOAH**. Il Centro svolge la propria attività nel settore della tipizzazione fenotipica e genotipica di stipiti di Salmonella spp. Isolati da matrici di origine veterinaria (animali, alimenti, mangimi);
- **Centro di collaborazione WOAH per l'epidemiologia, la formazione e il controllo delle malattie aviarie emergenti:** il Centro di Collaborazione (CC) WOAH per l'Epidemiologia, la Formazione e il Controllo delle Malattie Aviarie Emergenti è stato istituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie nel 2008. Il CC si impegna in una serie di iniziative mirate ad approfondire la conoscenza di malattie infettive emergenti che coinvolgono l'avifauna e il settore avicolo, garantendo supporto tecnico e scientifico per la prevenzione, la sorveglianza, e il controllo delle malattie. Il Centro promuove il rafforzamento di una rete internazionale di expertise tramite la collaborazione con altri CC WOAH, la partecipazione a progetti di cooperazione e a workshop internazionali. Questo sforzo permette una distribuzione più equilibrata di competenze avanzate, consentendo a più Paesi di accedere a conoscenze di alta qualità in epidemiologia delle malattie infettive emergenti e nei sistemi informativi territoriali (*Geographic Information Systems*, GIS). La collaborazione con altri laboratori di riferimento e centri di collaborazione mira quindi a coordinare ricerche scientifiche e studi tecnici, consolidando gli sforzi per affrontare le sfide legate alle malattie aviarie emergenti.
- **Laboratorio di referenza WOAH per le micoplasmosi aviarie:** il riconoscimento come laboratorio di referenza è del maggio 2022. Il Laboratorio di referenza funge da riferimento per le patologie da *Mycoplasma gallisepticum* e *Mycoplasma synoviae* e fornisce supporto tecnico-scientifico, diagnostico, consulenza e attività di formazione ai Paesi membri di WOAH.
- **Centro di referenza FAO per i coronavirus zoonotici:** Nel 2023, IZSVe -assieme a IZSAM- è stato riconosciuto come "Centro di referenza FAO per i coronavirus zoonotici". Il centro fornisce supporto tecnico-scientifico, diagnostico, consulenza e attività di formazione ai Paesi membri di FAO.

Attività a favore di Soggetti Privati

L'Istituto svolge anche attività a favore di soggetti privati, interessando vari ambiti di intervento: autocontrollo, produzione reagenti, corsi di formazione ecc. Queste prestazioni, oltre a mantenere l'opportuno contatto con i vari interlocutori istituzionali e non, generano risorse aggiuntive, rispetto al finanziamento pubblico o a quello determinato dalle collaborazioni tecnico scientifiche e permettono all'IZSVe di esplorare e avviare nuove attività, formare nuove competenze o aggiornare quelle esistenti.

1.2 GLI INTERLOCUTORI O STAKEHOLDER

L'Istituto orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità dell'utente. A questi fini assicura anche il coinvolgimento di tutti gli stakeholder nelle fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi.
In questa prospettiva l'Istituto impiega costantemente i principali strumenti organizzativi e informativi previsti in quest'ambito:

- la Carta dei Servizi con particolare riferimento alle funzioni di informazione, tutela nel rispetto degli indicatori e degli standard qualitativi nonché dei procedimenti previsti in caso di inadempimento, ai fini della predisposizione delle pertinenti azioni correttive.;
- la consultazione da parte degli organi dell'Istituto con le organizzazioni professionali degli operatori economici e con quelle dei consumatori per la definizione del programma di attività dell'Istituto.

Si possono individuare tre categorie di interlocutori che sono interessati all'attività dell'Istituto:

- soggetti pubblici;
- soggetti privati;
- collettività.

Soggetti Pubblici:

- Unione Europea (Commissione europea; Autorità europea per la sicurezza alimentare – ESFA; Laboratorio Comunitario di riferimento per l'influenza aviaria);
- OIE;
- FAO;
- Centri di Referenza Comunitari e di Paesi Esteri;
- Ministero della Salute (Comitato di Supporto Strategico; Uffici Veterinari Adempimenti degli Obblighi Comunitari - UVAC; Istituto Superiore di Sanità; Posti Ispezione Frontaliera - PIF)
- Ministero delle Politiche Agricole e Forestali (MIPAF)
- Regioni e Province autonome cogerenti (Regione Veneto, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento e Provincia Autonoma di Bolzano);
- Province;
- Comuni;
- Università;
- Ordini Professionali (veterinari, medici, biologi, chimici);
- Enti di accreditamento;
- Rete nazionale degli II.ZZ.SS;
- Az. ULSS (servizi veterinari e dipartimenti di prevenzione);
- Agenzie, regionali e provinciali, per la protezione dell'ambiente;
- Istituzioni o aziende di sviluppo e di ricerca sperimentali zootecniche.

Soggetti Privati:

- Operatori del settore alimentare;
- Mangimifici;
- Allevatori;

- Macelli e stabilimenti di produzione e trasformazione di alimenti di origine animale;
- Associazioni di categoria;
- Centri di smistamento e deposito di generi alimentari;
- Esercizi di vendita al minuto e all'ingrosso;
- Ristorazione collettiva;
- Ristorazione pubblica;
- Stabilimenti di lavorazione di alimenti di origine vegetale;
- Professionisti del settore;

Collettività:

- Associazioni di consumatori;
- Cittadini/consumatori;
- Scuole;
- Media;

1.3 ORGANIZZAZIONE DELL'ENTE

1.3.1. ASSETTO ISTITUZIONALE

L'organizzazione, il funzionamento ed i principali compiti svolti dall'Istituto sono stabiliti dal D.Lgs. n. 270/1993, dal DM 190/1994, dal D.Lgs. n. 106/2012, dall'Accordo tra la Regione del Veneto, la Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia, la Provincia Autonoma di Trento e la Provincia Autonoma di Bolzano per la gestione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, approvato con le già sopra citate Leggi degli enti cogerenti, dallo Statuto adottato dal Consiglio di Amministrazione e da ultimo modificato con DCA n. 12/2021.

Organi dell'Istituto:

Ai sensi della sopra citata normativa, nazionale e regionale, sulla gestione dell'Istituto, sono organi dell'IZSVe:

- il Consiglio di Amministrazione ha compiti di indirizzo, di coordinamento e di verifica delle attività dell'Istituto, elencati nell'art. 11, comma 2, dell'Accordo interregionale e nell'art. 9, comma 2, dello Statuto. È composto da n. 5 membri dei quali uno designato dal Ministero della Salute, uno, dalla Regione del Veneto, uno dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, uno dalla Provincia Autonoma di Trento ed uno dalla Provincia Autonoma di Bolzano, muniti di diploma di laurea magistrale o equivalente ed aventi comprovata professionalità ed esperienza in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti.
- il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Ente e provvede alla gestione generale dello stesso, come disposto dall'art. 15 dell'Accordo interregionale e dall'art. 12 dello Statuto. È nominato con decreto del Presidente della Regione del Veneto, di concerto con gli Enti cogerenti, sentito il Ministero della Salute. I compiti del Direttore generale sono elencati nell'art. 16 dell'Accordo interregionale e nell'art. 12 dello Statuto. Nello svolgimento di tale attività è coadiuvato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo;
- il Collegio dei Revisori è composto da tre membri - di cui due designati dalla Regione del Veneto, scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 "*Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CE e 83/349/CEE, e che abroga la direttiva 84/253/CEE*." e uno designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze - ed è nominato dal Presidente della Regione del Veneto. Svolge i compiti dell'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123 "*Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*".

All'interno dell'IZSVe operano i seguenti organismi:

- ***Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).*** È stato costituito ai sensi dell'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 ed è regolamentato dalle Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati unici di garanzia, emanate con direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011. Gli obiettivi ad esso attribuiti sono: assicurare le pari opportunità di genere, favorire l'ottimizzazione della produttività e favorire il benessere lavorativo. Il funzionamento del CUG è disciplinato anche dal Regolamento adottato con DDG n. 566/2011, che elenca anche i compiti propositivi, consultivi e di verifica demandati al Comitato.

- ***Organismo paritetico per l'innovazione (OPI).*** Per il personale del Comparto Sanità è stato istituito ai sensi dell'art. 7 del CCNL triennio 2016-2018, e confermato dall'art. 8 del CCNL 2019-2021;018;per la dirigenza dell'Area Sanità è stato istituito dall'art. 6bis del CCNL 2016-2018 e confermato dall'art. 8 del CCNL 2019-2021; per la dirigenza dell'Area Professionale, Tecnica e Amministrativa è stato istituito dall'art. 6 del CCNL 2016-2021. L'istituzione dell'OPI è finalizzata al coinvolgimento partecipativo dei soggetti sindacali titolari della contrattazione integrativa su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e/o sperimentale, di carattere organizzativo.
- ***Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):*** è chiamato a misurare e valutare i risultati dei dirigenti e di tutti gli altri dipendenti operanti nelle singole unità operative autonome. Tale organismo, che sostituisce i servizi di controllo interno di cui al D.Lgs 30 luglio 1999, n. 286, è stato costituito ai sensi dell'art. 14, comma 1, del D.Lgs. n. 150/2009.
- ***Servizio Ispettivo:*** ai sensi dell'art. 1, co. 62, della L n. 662/1996, del DM Sanità 31.07.1997 e dell'art. 53 de d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. ha il compito di accertare l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno e/o parziale, di svolgimento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria, di consulenze e consulti nonché di cumulo di impieghi ed incarichi.

- ***Comitato Etico:*** è un organismo interdisciplinare indipendente per la valutazione etica dei protocolli di studio e di procedure di produzione che prevedono l'impiego di animali a scopo sperimentale. Offre attività di consulenza a Enti che ne facciano richiesta su questioni di carattere etico di competenza dell'Istituto. Promuove l'etica applicata alla scienza anche in collaborazione con altri centri di ricerca e istituzioni e la formazione di appropriate competenze e professionalità del personale di ricerca.
- ***Organismo preposto al benessere degli animali*** ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. n. 26/2014 e della Direttiva 2010/63/UE. Si interfaccia con i ricercatori da cui riceve i progetti che prevedono l'impiego di animali e si raccorda con il Comitato Etico per la formulazione di pareri interfacciandosi direttamente con il Ministero della Salute per le relative autorizzazioni.

1.3.2 MODELLO ORGANIZZATIVO

Per l'analisi del modello organizzativo dell'ente si rinvia alla Sezione III – Organizzazione e capitale umano.

1.3.3 IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie appartiene alla rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (II.ZZ.SS.), uno strumento tecnico-scientifico con il quale il Servizio Sanitario Nazionale assicura la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione degli operatori, l'attività di laboratorio e la diagnostica, oltre al controllo ufficiale degli alimenti.
In Italia gli Istituti Zooprofilattici sono dieci: essi formano una struttura sanitaria integrata che assicura una rete di servizi per garantire la sicurezza alimentare e il benessere animale, al fine di salvaguardare la salute dell'uomo. La funzione di raccordo e coordinamento delle attività degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali è svolta dal Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della salute del Ministero della Salute che, in collaborazione con il Comitato di supporto strategico nominato con DM 29.1.2013, svolge attività di supporto strategico ed organizzativo all'azione degli Istituti.
Ogni Istituto Zooprofilattico estende la sua competenza da una a un massimo di tre regioni; il territorio di competenza dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie comprende la Regione del Veneto, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano.
Per rispondere alle esigenze del territorio e per effettuare un'esauriente attività di epidemiosorveglianza l'IZSVe che ha la sede centrale a Legnaro, in provincia di Padova, si avvale di una rete di sezioni diagnostiche periferiche: SCT1 Verona, SCT2 Treviso, Belluno e Venezia, SCT3 Padova, Vicenza e Rovigo, SCT4 Friuli Venezia Giulia, SCT5 Trento e SCT6 Bolzano. Queste sezioni curano e gestiscono i contatti con le realtà territoriali.

L'anno 2021 ha visto ancora una volta la contrazione della popolazione residente in Italia: si registrano infatti quasi 33.000 unità in meno rispetto all'anno precedente. Scrive l'Istat nell'Annuario statistico italiano che *"Continua quindi il processo di diminuzione della popolazione, che risulta però meno intenso rispetto agli ultimi anni (-3,0 per mille, contro -3,5 nel 2021 e -6,8 nel 2020) e torna a un livello simile a quello registrato prima della pandemia [...]"*. In *Censimenti permanenti Popolazioni e abitazioni* sempre l'Istat scrive che "*Il calo osservato di popolazione presenta un'intensità minore rispetto sia al 2021 (-3,5 per mille), sia soprattutto al 2020 (-6,7 per mille), anni durante i quali gli effetti della pandemia avevano accelerato un processo di declino iniziato già nel 2014*". La discesa sarebbe ancora più marcata se non si registrasse un parallelo aumento del saldo migratorio rispetto all'estero (+343.678 unità): *"Gli stranieri censiti sono 5.141.341 (+2,2% rispetto al 2021), con un'incidenza sulla popolazione residente dell'8,7%. In totale, la differenza tra sotto-copertura e sovra-copertura anagrafiche individuate sulla base dei "segnali di vita amministrativi" per la popolazione straniera è positiva e pari a 343.678 individui" (*in *Censimenti permanenti Popolazioni e abitazioni,* Istat, dicembre 2023]. Anche le nuove nascite continuano a registrare un calo, circa settemila nati in meno rispetto all'anno precedente. In totale in Italia ci sono state 392.598 nuove nascite.
Nel Triveneto la diminuzione della popolazione rispetto all'anno precedente si arresta e registra un incremento di circa 5.000 unità; si può sostanzialmente dire, come scriveva l'Istat nell'Annuario statistico italiano 2022: "*A livello territoriale la situazione è pressoché invariata rispetto all'anno precedente"*.
Tutto questo sottolinea l'invecchiamento progressivo della popolazione italiana: a fine 2022 l'età media è pari a 46,4 anni; mentre la mortalità, dopo un rallentamento nel 2021, torna a salire a 715 mila decessi (erano 709.000 l'anno precedente).

ANALISI POPOLAZIONE E TERRITORIO 2022					
	Superficie (km^2)	Popolazione 01.01.2023	Popolazione 01.01.2022	Variazione	Variazione %
Veneto	18.407	4.849.553	4.847.745	+ 1.808	0,03%
Friuli Venezia Giulia	7.862	1.194.248	1.194.647	- 399	-0,03%
Trentino Alto Adige	6.207	1.077.143	1.073.574	+ 3.569	0,3%
Triveneto	39.874	7.120.944	7.115.966	+ 4.978	0,06%
Italia	302.073	58.997.201	59.030.133	- 32.932	-0,05%

Fonte: ISTAT

Il Contesto Produttivo Del Triveneto

Il 2021 è stato un anno particolare in riferimento ai dati economici, che hanno visto una netta crescita dovuta principalmente all'uscita della fase emergenziale della pandemia. Tuttavia la crescita del 2022 è stata "decisa", come si legge nell'Annuario statistico italiano dell'Istat: "*Il valore del prodotto interno lordo (Pil) ai prezzi di mercato è stato pari a 1.909 miliardi di euro correnti, con un aumento del 6,8 per cento rispetto al 2021. La crescita del Pil in volume è stata del 3,7 per cento. Tutti i paesi dell'Unione europea hanno registrato nel 2022 ampie riprese dell'attività produttiva.*"
Per quanto riguarda il lato della produzione per il settore agricoltura, silvicoltura e pesca, non sono ancora disponibili i dati relativi all'anno 2022; per quanto riguarda il valore aggiunto, invece, i dati sono disponibili.: *Dal lato dell'offerta, il valore aggiunto è aumentato in volume del 3,9 per cento; l'incremento è stato del 10,2 per cento nelle costruzioni e del 4,8 per cento nei servizi, mentre nell'industria in senso stretto si è registrato un calo dello 0,1 per cento e nell'agricoltura, silvicoltura e pesca dell'1,8 per cento"* (Istat, Annuario statistico italiano 2022). A livello nazionale, "*L'annata agraria 2021-2022 registra un netto calo della produzione di cereali di circa il 14 per cento [...]. Tale riduzione è generalizzata. [...] La produzione di leguminose da granella, nel corso dell'ultima annata, è calata del 15,5 per cento. [...] La coltivazione di patate segna un calo pari a -2,1 per cento. [...] Le coltivazioni industriali mostrano nel complesso una contrazione del 14,8 per cento."*
A livello zootecnico, se nel 2021 la produzione di latte era in positivo, nel 2022 si registra "*un calo del latte raccolto (-0,4 per cento), della produzione di formaggi (-1,1 per cento) e di uova (-0,3 per cento) e un aumento della produzione di burro (+1,6 per cento)*".
Prosegue l'incremento della macellazione di bovini e bufalini (circa +1% di capi), di ovini e caprini (+0,6% di capi). In controtendenza la macellazione dei suini, che registra un -5,4% di capi.

PRODOTTO INTERNO LORDO (MILIONI DI EURO) – Anno 2022						
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	P.A. di Trento	P.A. di Bolzano	Triveneto	Italia
2022	180.553	43.037	23.975	29.073	**276.638**	1 946 479
2021	168.121	40.453	21.686	25.985	**256.245**	1 822 344
2020	152.713	36.628	20.198	23.992	**233.531**	1 661 239

Fonte: ISTAT (dati grezzi)

PRODUZIONE (MIGLIAIA DI EURO) – Anno 2022 (aggiornato a giugno 2023)					
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Triveneto	Italia
Produzione della branca agricoltura, silvicoltura e pesca	8.015.166 (...%)	1.658.580 (...%)	2.871.266 (...%)	12.545.012 (...%)	74.659.397 (...%)

VALORE AGGIUNTO (MILIONI DI EURO) – Anno 2022					
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Triveneto	Italia
Valore aggiunto branca agricoltura, silvicoltura e pesca	3.099 (+3,2% sul 2021)	550 (+1,5% sul 2021)	2.011 (+10,3% sul 2021)	5.660 (3,6% sul 2021)	35 444 (+5,5% sul 2021)

Fonte: ISTATdata

La produzione è notevolmente influenzata dalla conformazione del territorio. Da un punto di vista geografico, il Triveneto si caratterizza per una composizione molto varia, che va dalle montagne al mare, dalla pianura fino ai laghi. Per questo in Trentino Alto Adige i settori trainanti sono la produzione di frutta e delle coltivazioni legnose. Il frutto che maggiormente si coltiva è la mela, prodotto che da solo costituisce più del 60% sull'intera produzione di coltivazioni agricole e la quasi totalità della produzione fruttifera. Di riflesso, il carattere montano del territorio non permette una consistente produzione di erbacee.
La Regione del Veneto, invece, possiede buona parte del territorio adagiato sulla Pianura Padana e perciò, al contrario del Trentino Alto Adige, si dedica maggiormente alle coltivazioni erbacee (circa la metà della produzione sul totale delle coltivazioni agricole) ed al settore zootecnico. Quest'ultimo è un settore fondamentale, come viene ben rappresentato dai dati riportati nelle tabelle relative ai capi allevati e alle macellazioni.

Allevamenti – Anno 2022				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Italia
Avicoli	2.460	417	315	10.099
Bovini e bufalini*	11.876	1.826	9.447	130.068
Equidi* (asini, bardotti, cavalli, muli)	14.093	3.125	6.645	186.311
Ovini – Caprini	5.716	1.778	7.676	131.281
Suini*	8.092	1.818	3.076	106.780
Acquacoltura (crostacei, molluschi, pesci)	932	213	195	3.679
Apicoltura (numero apicoltori)	9.740	2.081	6.944	74.548

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

** aggiornata al 30.06.23*

Capi allevati – Anno 2022				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Italia
Avicoli	45.720.509	6.784.664	873.860	147.035.356
Bovini e bufalini	728.097	72.764	161.075	5.926.198
Equidi (asini, bardotti, cavalli, muli)	19.975	4.903	10.333	382.979
Ovini – Caprini*	94.554	25.908	111.598	7.443.623
Suini	730.501	244.449	10.181	8.356.278
Apicoltura (numero apiari)	17.954	4.735	10.898	183.450

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

** aggiornata al 30.06.23*

Dati produttivi di macellazione del Triveneto: numero capi - Anno 2022				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	P.A. di Trento e Bolzano	Italia
Bovini e bufalini	730.205	5.348	19.167	2.463.083
Equidi	5.078	131	130	22.272
Ovini e caprini	19.567	3.498	24.509	2.446.772
Suini	343.446	53.657	75.127	9.079.229
Avicoli	227.610.327	-	3.573*	553.986.534

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

*dato parziale per Trento

Nel 7° Censimento generale dell'agricoltura, uscito nel giugno 2022, l'Istat rileva come in Italia siano attive 1.133.023 aziende agricole; un numero che potrebbe sembrare alto, mentre invece illustra una costante diminuzione nel corso degli ultimi decenni. Dai primi anni 80 ad oggi sono scomparse quasi due aziende agricole su tre, mentre è aumentata di molto la concentrazione dell'imprenditoria agricola. "*La dimensione media delle aziende agricole è più che raddoppiata sia in termini di SAU [Superficie agricola utilizzata] (passata da 5,1 a 11,1 ettari medi per azienda) che di SAT [Superficie agricola totale] (da 7,1 a 14,5 ettari medi per azienda)*". A livello territoriale, nel territorio di competenza dell'IZSVe le aziende agricole attive sono 133.676.

Aziende agricole e Superficie agricola interessata – Anno 2020			
	Aziende agricole	Variazione % 2010-2020	Superficie agricola utilizzata (SAU) Migliaia di ettari
Veneto	83.017	-30,5	835
Friuli Venezia Giulia	16.400	-26,5	225
Trentino Alto Adige	34.259	-6,6	326
Triveneto	133.676	-25	1.386
Italia	1.133.023	-30,1	12.537

Nel corso del 2023 è stata pubblicata una Dashboard dall'Istat relativa al censimento, che illustra regione per regione i risultati più significativi, che si riportano per il Triveneto.

Veneto

- Le aziende agricole attive nel 2020 sono 83.017 e coprono il 7,3% del totale nazionale
- La SAU rappresenta il 6,7% del dato nazionale, con una superficie media pari a 10,1 ettari
- 12 capi azienda su 100 hanno un titolo di studio nel settore agricolo
- L'8,2% dei capi azienda ha una età inferiore ai 40 anni; il rapporto di femminilità dei capi azienda è pari al 34,9%
- La forza lavoro è costituita per la maggior parte da manodopera familiare rispetto a quella non familiare (126 ogni 100); il 36,3% della manodopera non familiare è straniera
- Il 78,7% delle aziende con SAU si orientano verso colture a seminativi con una quota di SAU pari al 68,7%; inoltre, le colture prevalenti a seminativi sono i cereali (52,7%), mentre per le legnose agrarie la prima coltivazione è la vite per la produzione di vini DOP e IGP (66,0%)
- Le aziende zootecniche dei bovini costituiscono l'elemento prevalente del settore (47,7% delle aziende)
- Le aziende con attività connesse sono pari al 6,9% rispetto a una quota più contenuta a livello nazionale (5,7%); inoltre, le aziende con agriturismo sono pari all'1,8%, dato lievemente inferiore a quello nazionale (2,2%)
- La quota di aziende innovatrici della regione è pari al 16,4% contro l'11% a livello nazionale

Friuli Venezia Giulia

- Le aziende agricole attive nel 2020 sono 16.400 e coprono l'1,4% del totale nazionale
- La SAU rappresenta l'1,8% del dato nazionale, con una superficie media pari a 13,7 ettari
- 14 capi azienda su 100 hanno un titolo di studio nel settore agricolo
- Il 9% dei capi azienda ha una età inferiore ai 40 anni; Il rapporto di femminilità dei capi azienda è pari al 40,9%
- La forza lavoro è costituita per la maggior parte da manodopera familiare rispetto a quella non familiare (118 ogni 100); il 27,4% della manodopera non familiare è straniera
- L'84,8% delle aziende con SAU si orientano verso colture a seminativi con una quota di SAU pari al 70,4%; inoltre, le colture prevalenti a seminativi sono i cereali (46,5%), mentre per le legnose agrarie la prima coltivazione è la vite per la produzione di vini DOP e IGP (70,7%)
- Le aziende zootecniche dei bovini costituiscono l'elemento prevalente del settore (36,3% delle aziende)
- Le aziende con attività connesse sono pari al 10,6% rispetto a una quota più contenuta a livello nazionale (5,7%); inoltre, le aziende con agriturismo sono pari al 4%, dato superiore a quello nazionale (2,2%)
- La quota di aziende innovatrici della regione è pari al 19,7% contro l'11% a livello nazionale

Trento

- Le aziende agricole attive nel 2020 sono 14.236 e coprono l'1,3% del totale nazionale
- La SAU rappresenta l'1% del dato nazionale, con una superficie media pari a 8,6 ettari
- 17 capi azienda su 100 hanno un titolo di studio nel settore agricolo
- Il 13,9% dei capi azienda ha una età inferiore ai 40 anni; Il rapporto di femminilità dei capi azienda è pari al 17,5%
- La forza lavoro è costituita in ugual misura da manodopera familiare e non familiare; il 53,1% della manodopera non familiare è straniera
- Il 78,5% delle aziende con SAU si orientano verso coltivazioni legnose agrarie, invece, la quota prevalente di SAU è attribuita a prati permanenti e pascoli (73,4%); inoltre, le colture prevalenti a seminativi sono le foraggere avvicendate (67,0%), mentre per le legnose agrarie la prima coltivazione è il melo (45,1%)
- Le aziende zootecniche dei bovini costituiscono l'elemento prevalente del settore (39,4% delle aziende)
- Le aziende con attività connesse sono pari all'8,9% rispetto a una quota più contenuta a livello nazionale (5,7%); inoltre, le aziende con agriturismo sono pari al 3,4%, dato lievemente superiore a quello nazionale (2,2%)
- La quota di aziende innovatrici della regione è pari al 31,5%, nettamente superiore all'11% a livello nazionale

Bolzano

- Le aziende agricole attive nel 2020 sono 20.023 e coprono 1,8% del totale nazionale

- La SAU rappresenta l'1,6% del dato nazionale, con una superficie media pari a 10,2 ettari
- 27 capi azienda su 100 hanno un titolo di studio nel settore agricolo
- Il 14,1% dei capi azienda ha una età inferiore ai 40 anni; Il rapporto di femminilità dei capi azienda è pari al 18%
- La forza lavoro è costituita prevalentemente da manodopera non familiare (90 persone di manodopera familiare ogni 100 di manodopera non familiare); il 68,8% della manodopera non familiare è straniera
- Il 58,4% delle aziende con SAU si orientano verso prati permanenti e pascoli con una quota di SAU pari al 78,4%; inoltre, le colture prevalenti a seminativi sono le foraggere avvicendate (72,5%), mentre per le legnose agrarie la prima coltivazione è il melo (67,6%)
- Le aziende zootecniche dei bovini costituiscono l'elemento trainante del settore (72,9% delle aziende)
- Le aziende con attività connesse sono pari al 24,7% rispetto a una quota molto più contenuta a livello nazionale (5,7%); inoltre, le aziende con agriturismo sono pari al 16,1%, dato nettamente superiore a quello nazionale (2,2%)
- La quota di aziende innovatrici della regione è pari al 44,5% contro l'11% a livello nazionale

La diminuzione della produzione registrata l'anno precedente nel settore della pesca mostra un'inversione, aumentando da 1.300.850 quintali a 1.363.260, sempre comunque nettamente inferiore rispetto al 2019, quando si raggiungevano i 1.739.610 quintali. Veneto e Friuli Venezia Giulia contribuiscono con circa il 15% al totale del pescato, mentre il solo Veneto, con 115 mila quintali di pescato, è la regione con la maggiore produzione di alici, sarde e sgombri.

Produzione della pesca di acquacoltura – Allevamenti - Anno 2022			
	Pesci	Molluschi	Crostacei
Veneto	343	582	7
Friuli Venezia Giulia	122	89	2
Trentino Alto Adige/Sudtirol	190	-	5
Italia	2.404	1.224	51

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

Produzione della pesca marittima e lagunare nel mediterraneo per regione - Quintali - Anno 2021					
	Pesci	Molluschi	Crostacei	Quantità	% totale
Veneto	134.230	41.630	6.280	182.140	13,4
Friuli Venezia Giulia	9.970	7.330	1.320	18.620	1,4
Italia	826.900	370.560	165.800	1.363.260	100

Fonte: ISTAT Annuario statistico italiano 2023

In generale, comunque, in questo scenario di calo generalizzato, il litorale dell'Alto Adriatico (il quale comprende anche l'Emilia Romagna) si conferma il secondo più produttivo in termini di pesca marittima e lagunare (320.360 quintali), dopo il Sud Italia (387.670 quintali).

Qualche riga in riferimento alla presenza sempre più massiccia del cosiddetto granchio blu nelle acque del mediterraneo. Nel novembre del 2023 Veneto Agricoltura ha prodotto un primo report sulla sua diffusione, in cui si legge: "*Il granchio blu è arrivato per caso in questo nuovo ambiente che è caratterizzato dall'assenza dei suoi predatori naturali, favorendone così lo sviluppo incontrollato che potrebbe portare, nel volgere di breve tempo, allo stravolgimento dell'ecosistema marino del Veneto e delle regioni limitrofe. È più che palese, viste le attuali cronache, come questa specie stia mettendo in pericolo l'attività della molluschicoltura e della piccola pesca costiera, costituendo una vera e propria minaccia per la biodiversità dell'Adriatico e del Mediterraneo. […] nel 2022 i quantitativi totali di granchio blu pescati in Veneto si sono attestati a 95,6 tonnellate, anche se il +930% rispetto all'anno precedente doveva rappresentare già un campanello d'allarme. I volumi di granchio blu pescati ad oggi in regione, fino a settembre 2023, sono già arrivati a 190,7 tonnellate che, se confrontate con le complessive 95,6 tonnellate del 2022, portano a un +99,5% nel periodo, ma che salgono del +250,7% se si fa il raffronto tra i quantitativi pescati dal settembre 2022 e quelli a settembre 2023.*"

Questa enorme diffusione rischia di compromettere in maniera molto decisa il settore della molluschicoltura, ad esempio nella Sacca di Scardovari, dove le prospettive per i prossimi anni non escludono un totale azzeramento della produzione. La sola vendita e consumo alimentare di questo granchio non è sufficiente a contrastare il suo dilagare nelle acque, ma non ci sono ancora efficaci misure per arginare il fenomeno.

Il Settore Alimentare

La trasformazione e distribuzione dei prodotti agro-zootecnici (vegetali e animali) rappresentano due settori di attività di notevole importanza per l'economia italiana e per il Nord-Est in particolare.
In maniera più specifica, si intende riferirsi alle fasi di trasformazione agro-industriale, distribuzione, produzione per vendita al dettaglio e somministrazione di alimenti, sia nel canale della ristorazione sia all'interno dell'offerta turistica.
Gli ambiti merceologici più rilevanti includono: carni bianche e rosse, latte e derivati, prodotti della pesca, ortaggi e prodotti dolciari.
Importante anche il settore della ristorazione e dei prodotti di qualità: nel 2021 le aziende agrituristiche autorizzate nel Triveneto risultavano essere 6022, circa la stessa cifra rispetto alla rilevazione precedente (su un totale nazionale di 25.389, il 23,7%). I prodotti DOP o IGP sono sempre un numero elevato: si registrano nel Triveneto 14.638 produttori con Dop e Igp (in Italia 81.059) per un totale di 4.017 allevamenti di qualità (in Italia 38.293), un dato leggermente migliore rispetto a quello precedente [Istat, Annuario statistico italiano 2023].

Trasformazione Agro-Industriale

Questo settore comprende tutte le imprese che operano una trasformazione di prodotti vegetali (frutta e verdura) e prodotti di origine animale (carni, pesce, latte, uova) per la vendita all'ingrosso che avviene attraverso i canali di distribuzione (catene di iper e supermercati, grossisti, etc.) o dell'ulteriore trasformazione e somministrazione.

Distribuzione Alimentare (GDO)

Per "Grande Distribuzione Organizzata" (GDO) si intende l'insieme della "Grande Distribuzione" e della "Distribuzione Organizzata": il primo termine comprende le imprese distributrici che, sotto forma di unica impresa, agiscono su tutto il territorio nazionale o larga parte di esso; la seconda espressione indica forme distributive di tipo associativo o cooperativo presenti sul territorio nazionale sotto forma di imprese diverse, ma che agiscono sotto un'unica insegna e coordinate da una sede nazionale.
Nel complesso, la GDO rappresenta l'anello di congiunzione tra la produzione e prima trasformazione di alimenti con le successive fasi di ulteriore trasformazione e consumo, sia domestico sia commerciale (ristorazione tradizionale e turistica).
I numeri relativi a questo settore nel 2021-2022 sono stati notevolmente influenzati dalla crescita incontrollata dell'inflazione, che ha raggiunto livelli a due cifre condizionando i consumi della popolazione (*"L'inflazione minaccia la tenuta della domanda, in calo del 6% a gennaio 2023, erodendo il potere di acquisto dei consumatori […]" in Osservatorio sulla Gdo alimentare - Sintesi,* Area studi Mediobanca, Marzo 2023), oltre che il fatturato delle aziende. Tale situazione spinge i consumatori a cercare forme di risparmio nei prodotti a marchio del distributore, i quali passano da 11,7 miliardi di euro nel 2021 ai 12,8 del 2022, e nel canale dei discount, i quali raggiungono oltre il 22% del mercato: Negli ultimi 20 anni, la Marca del Distributore è cresciuta tre volte di più dell'industria alimentare, grazie a un crescente apprezzamento del consumatore finale e si è dimostrata la determinante principale per la crescita dell'industria alimentare italiana [in *L'Italia di oggi e domani: il ruolo sociale ed economico della Distribuzione Moderna*, Federdistribuzione, Position paper 2023]. La Grande Distribuzione Organizzata *"è inoltre responsabile dell'80% degli acquisti alimentari degli italiani, attraverso una rete di oltre 25 mila punti vendita, che generano un fatturato complessivo di 155 miliardi di Euro, occupando circa 440 mila italiani […]".*

1.4 LA POLITICA DELLA QUALITA': Sistemi Qualità e Accreditamento

La Direzione dell'IZSVe considera la Qualità un elemento determinante per qualificare le risorse umane, per soddisfare le esigenze e le richieste dei clienti esterni e interni, per realizzare prodotti e servizi che rispettino i requisiti prescritti e verificarli con controlli di qualità adatti allo scopo, per migliorare continuamente il sistema di gestione con l'obiettivo di perseguire l'efficacia delle attività, valutata attraverso la soddisfazione del cliente e la qualità delle prestazioni, e per adottare soluzioni organizzative e gestionali più consone alle esigenze dell'Ente, basate sull'analisi dei rischi e delle opportunità e sulla razionalizzazione delle attività.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) ha adottato un sistema di gestione della qualità integrato, conforme alle norme internazionali ISO/IEC 17025, ISO/IEC 17043 e ISO 9001.

L'accreditamento attesta la competenza dell'Istituto nell'effettuare determinate prove, in quanto richiede il rispetto di specifici requisiti tecnici e gestionali, l'affidabilità e la riproducibilità delle procedure adottate, l'adeguatezza della strumentazione utilizzata, la riferibilità delle misure effettuate, la competenza del personale e l'imparzialità del giudizio tecnico. Inoltre, tale tipo di attestazioni permette di aderire ad accordi di mutuo riconoscimento tra i vari Stati, così come previsto dalla strategia comunitaria, con conseguente accettazione reciproca dei rapporti di prova nei relativi paesi evitando la necessità di ripetere lo stesso tipo di prove su materiali e prodotti in entrata e in uscita dai mercati nazionali facilitando così l'esportazione di beni e servizi.

Nel 1997 l'IZSVe ha ottenuto l'accreditamento in conformità ai requisiti della norma UNI CEI ISO/IEC 17025 dei propri laboratori di prova, da parte dell'ente di accreditamento SINAL (Sistema Nazionale Accreditamento Laboratori, ora ACCREDIA), ente terzo, che agisce quale garante *super partes*, dotato di mutuo riconoscimento internazionale. , . Tutte le sedi IZSVe sono accreditate in conformità alla norma UNI CEI ISO/IEC 17025:2018.

Dal 2009 l'IZSVe ha avviato il processo di certificazione in conformità alla norma ISO 9001 di alcuni servizi erogati ai clienti, ottenendo la certificazione terza. In particolare, ad oggi, ha conseguito la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2015 per la produzione di terreni di coltura e soluzioni per uso laboratoristico, per la progettazione ed erogazione di eventi formativi, per la produzione di sacche di sangue canino e felino a scopo trasfusionale.

Nel 2012 l'Istituto ha avviato l'accreditamento in conformità alla norma UNI CEI ISO/IEC 17043:2010 dell'attività di organizzazione ed erogazione di prove valutative interlaboratorio denominate "Circuito interlaboratorio AQUA". L'accreditamento rilasciato da Accredia attesta il livello di qualità del lavoro e dell'organizzazione dei laboratori che erogano tale servizio, verificando la conformità del sistema di gestione e delle competenze del personale a requisiti normativi internazionalmente riconosciuti.

Il sistema di gestione deve garantire una adeguata flessibilità, indispensabile per affrontare i numerosi cambiamenti del contesto interno ed esterno, secondo criteri di qualità ed efficienza. A tal fine, nel corso degli anni, il sistema di gestione della qualità dell'Istituto si è evoluto integrando in un unico sistema di gestione le norme di riferimento dei laboratori di prova (ISO/IEC 17025), quella degli organizzatori di *proficiency testing* (ISO/IEC 17043) e quella dei sistemi di gestione (ISO 9001). Tale processo ha consentito di evitare la duplicazione di procedure, prevenire eventuali conflitti tra le normative, creare sinergie tra le fasi gestionali trasversali, condividendo competenze e risorse, e adottando, quando possibile, gli stessi strumenti di registrazione e comunicazione.
In quest'ottica di efficacia ed efficienza globale, le attività svolte possono essere ricondotte alle seguenti macro-aree:

1. miglioramento e semplificazione del sistema di gestione della qualità, in un'ottica di risk-based thinking;
2. integrazione degli ambiti di gestione della qualità e della sicurezza dei lavoratori.

I certificati di accreditamento e certificazione e gli elenchi aggiornati delle prove e degli schemi accreditati, sono disponibili sul sito web dell'IZSVe (www.izsvenezie.it).

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE
2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 LE STRATEGIE DI VALORE PUBBLICO DELL'IZSVE

È difficile progettare un servizio pubblico in grado di dare valore a utenti e cittadini se non è chiaro che cosa si intenda per "valore" e da quali elementi esso sia composto[1]. E tuttavia non è facile definire il concetto di "valore pubblico".

Focalizzarsi sul valore serve a spostare l'attenzione dagli aspetti meramente produttivi dei servizi pubblici, prendendo atto che essi non possiedono un valore intrinseco bensì un valore che dipende dall'utilità per il "consumatore" finale. Tuttavia va tenuto presente che l'utente del servizio pubblico non è solo il singolo cittadino, ma anche l'intera società.
Interrogandosi quindi su come misurare il valore pubblico, possiamo valutare il valore nelle sue varie componenti.

Una componente importante è la **soddisfazione degli utenti** rispetto alla loro esperienza del servizio pubblico.

Una seconda componente riguarda gli **impatti a medio/lungo termine** dei servizi, che nel caso di una azienda sanitaria possono essere valutati tramite gli indicatori di salute.

Un ulteriore elemento di valore pubblico è il cd "**valore sociale**": i servizi pubblici forniscono valore alla società nel suo insieme.
Poiché la creazione di Valore Pubblico dipende dal miglioramento delle performance che, a sua volta, dipende dal miglioramento della "salute" dell'amministrazione, la creazione di valore interno è uno dei presupposti per la creazione di Valore Pubblico esterno[2].

Possiamo quindi fare riferimento a due concetti di **Valore Pubblico** – **VP**:

- **valore pubblico in senso stretto**, o **VP Esterno**, riferito all'impatto sugli utenti e sul territorio delle attività pubbliche;
- **valore pubblico in senso lato**, o **VP Interno**, riferito allo sviluppo di quelle dimensioni che producono "valore" per una organizzazione (quali, ad esempio, il benessere e le competenze del personale, l'equilibrio economico finanziario, il livello di innovazione tecnologica, ecc.).

Un'Amministrazione produce, quindi, Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni per le diverse categorie di utenti e *stakeholder.*

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza.

Creare Valore Pubblico significa pertanto **riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, efficacia ed economicità in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, *stakeholder* in generale) e del contesto aziendale**.

[1] G. Nasi, S. P. Osborne, La creazione di valore nei servizi pubblici, Marzo 2022
[2] Valore Pubblico Domande e Risposte. Innovation Lab di Formez PA.

Valore Pubblico, approccio One Health e "posizionamento" dell'IZSVe

"La salute dell'uomo è intimamente connessa alla salute degli animali e dell'ambiente in cui viviamo". È questo il concetto alla base di One Health. Per affrontare in maniera vincente e sostenibile le sfide sanitarie e ambientali si deve quindi applicare un approccio integrato e unificante, fondato sulla **collaborazione interprofessionale e multidisciplinare tra settori diversi,** che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi.

In qualità di referente dell'autorità sanitaria a livello regionale e nazionale e forte del suo mandato per la sorveglianza sanitaria e la ricerca a supporto della medicina pubblica veterinaria, l'Istituto si pone in una posizione unica e strategica nell'ambito del concetto One Health.

Nelle attività di supporto diagnostico, di sorveglianza e di ricerca alla interfaccia uomo-animali-ambiente, l'Istituto ha infatti un approccio trasversale ed inclusivo rispetto alle differenti discipline e competenze. Numerosi sono gli esempi in tal senso.

IZSVe è riconosciuto a livello nazionale (Ministero della Salute) e internazionale (WOAH) come centro di referenza per le malattie all'interfaccia uomo-animale e punto di riferimento per la diagnosi, il controllo e la sorveglianza delle zoonosi e delle malattie emergenti dal serbatoio animale. Per esempio, le malattie da vettori come la West Nile Fever o le malattie da coronavirus zoonosici come SARS, MERS e COVID-19 per le quali IZSVe è stato identificato da UN-FAO come centro di riferimento internazionale.
Dalla Commissione Europea, WOAH e FAO, IZSVe è anche riconosciuto centro di referenza per altre zoonosi di elevato impatto sulla salute umana, quali la rabbia e la influenza aviare.

Su queste tematiche, l'approccio One Health si concretizza con collaborazioni tecniche e scientifiche e condivisione di dati, risultati e protocolli con enti di ricerca e istituzioni operanti nel campo della medicina pubblica - es. OMS, ISS, Ospedali e facoltà di Medicina italiane e straniere – e della difesa dell'ambiente – es. ISPRA, ARPA, MASAF, MASE, Accademia, nonché con organismi internazionali quali EU, FAO, IAEA, WHO, WOAH. Con queste istituzioni, IZSVe ha numerosi accordi di collaborazione, progetti di ricerca e attività congiunte di monitoraggio e sorveglianza sul territorio e formazione del personale.

In IZSVe, l'approccio One Health non è limitato solo alle malattie infettive e alle zoonosi. Le attività di ricerca e sorveglianza si estendono anche ad altre tematiche dell'interfaccia uomo-animali-ambiente: la resistenza agli antimicrobici in medicina veterinaria e umana e la diffusione di tale resistenza nell'ambiente; il monitoraggio degli animali, degli alimenti e dell'ambiente per contaminanti chimici quali Pfas, diossine, metalli pesanti; il monitoraggio dell'ambiente per le specie invasive.

Il concetto One Health guida anche attività di sorveglianza e controllo riguardanti la sicurezza alimentare, con attive collaborazioni con le autorità sanitarie nazionali (ASL, Regioni, Ministero della Salute) e internazionali (EFSA, WOAH) riguardo le tossinfezioni alimentari, le zoonosi alimentari (es. salmonellosi e listeriosi) e le contaminazioni da biotossine (es. tossine algali, botulino).
Va infine sottolineato come l'approccio One Health di IZSVe venga costantemente declinato a livello territoriale locale per attività tecniche e di ricerca a supporto delle produzioni e delle filiere. Esempi concreti e attuali sono le attività di sorveglianza, diagnostica e ricerca in acquacoltura e molluschicoltura per la tutela delle produzioni ittiche e di molluschi; le attività di controllo e di ricerca per l'igiene e le tecnologie alimentari a supporto delle piccole produzioni locali in campo zootecnico e alimentare.

In questo scenario, gli **impatti esterni** ed **interni** rilevanti per le attività dell'IZSVe si riferiscono a:

- *impatto sanitario/ambientale*
- *impatto scientifico*
- *impatto economico*
- *impatto sul capitale umano*
- *impatto sul benessere organizzativo*
- *impatto sull'innovazione tecnologica*
- *impatto sulla legalità e la trasparenza.*

La "produzione" di valore pubblico e le strategie dell'IZSVe

La produzione di Valore Pubblico da parte dell'Istituto per il triennio 2024-2026, in coerenza con la pianificazione triennale precedente, si sviluppa attraverso l'articolazione delle attività in **sei Aree Strategiche**, che schematizzano gli ambiti di attività rivolta

all'esterno e all'interno dell'Ente, individuando i connessi processi di miglioramento da attuare attraverso il conseguimento dei risultati previsti dagli **Obiettivi Strategici**, anch'essi declinati sul triennio, ed ai connessi **Obiettivi Operativi annuali** associati a definiti indicatori.

Le sei Aree strategiche sono così denominate:
AS1: Attività Istituzionali
AS2: Sostegno ai soggetti privati e alle imprese
AS3: Ricerca e Innovazione
AS4: Formazione e Comunicazione
AS5: Etica e Qualità dei processi
AS6: Organizzazione e *Governance*

L'Istituto sviluppa la performance organizzativa collegandola al Valore pubblico, attraverso la predisposizione degli Obiettivi strategici e degli Obiettivi operativi declinati nel Piano Triennale delle attività 2024-2026; strumento di pianificazione che funge da connettore tra il livello strategico, formulato e presieduto dal top management ed il livello operativo, responsabilità delle diverse strutture sanitari ed amministrative dell'Istituto
La missione e gli Obiettivi strategici di ciascuna Area sono di seguito illustrati; l'articolazione degli Obiettivi strategici in Obiettivi operativi per l'anno 2024 è oggetto della **Relazione programmatica annuale 2024** allegata.

Area Strategica 1 – Attività istituzionali

Obiettivi strategici	Stakeholder
Coinvolgere gli stakeholder istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe	SSN, SSR, Enti cogerenti
Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare	SSN, SSR, operatori del settore
Migliorare l'efficienza dei laboratori nel rispetto dell'impatto ambientale	Cittadini, Enti cogerenti, personale dell'Istituto
Definire il Piano delle emergenze dell'Istituto	Personale dell'Istituto, SSN, SSR, operatori del settore

Area Strategica 2 - Sostegno ai Soggetti Privati e alle imprese

Obiettivi strategici	Stakeholder
Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente	Cittadini, operatori del settore
Riorganizzare i servizi di supporto in ottica "client oriented"	Cittadini, operatori del settore

Area Strategica 3 – Ricerca e innovazione

Obiettivi strategici	Stakeholder
Contribuire al miglioramento e alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	SSN, comunità scientifica di riferimento, operatori del settore cittadini
Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	Personale dell'Istituto, SSN, Enti cogerenti
Sviluppare competenze, tecnologia e organizzazione a supporto alla ricerca	Personale dell'Istituto
Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	Personale dell'Istituto, Enti cogerenti, operatori del settore

Area Strategica 4 – Formazione e Comunicazione

Obiettivi strategici	Stakeholder
Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale ed internazionale	Operatori del settore, SSR, SSN
Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale	Personale dell'Istituto
Aumentare l'autorevolezza dell'Istituto a livello nazionale ed internazionale come fonte di informazione scientifica	Cittadini, operatori del settore, comunità scientifica
Sviluppare la comunicazione interna	Personale dell'Istituto

Area Strategica 5 – Etica e Qualità dei processi

Obiettivi strategici	Stakeholder
Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	Cittadini, personale dell'Istituto, operatori del settore
Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	Personale dell'Istituto, operatori del settore, cittadini,

Area Strategica 6 – Organizzazione e *Governance*

Obiettivi strategici	Stakeholder
Razionalizzare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio	Personale dell'Istituto, Enti cogerenti, cittadini
Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	Personale dell'Istituto, operatori del settore, SSN, SSR
Valorizzare l'organizzazione e il capitale umano in coerenza con il sistema di Programmazione, Controllo e Valutazione (PCV)	Personale dell'Istituto, enti cogerenti, cittadini
Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,…)	Personale dell'Istituto
Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica	Personale dell'Istituto, Enti cogerenti, operatori del settore,

La Tabella seguente illustra, il raccordo tra le dimensioni rilevanti per la dimostrazione del VP esterno ed interno prodotto dall'IZSVE, il relativo impatto e le Aree Strategiche dell'Istituto che presidiano le diverse dimensioni.

Tab. 1: Raccordo dimensioni del VP e strategie IZSVe

Dimensioni VP	Impatto E/I Esterno (VP in senso stretto)	Impatto E/I Interno (VP in senso lato)	Aree Strategiche IZSVe
Sanitaria/ Ambientale	▪ Riduzione del rischio diffusione malattie infettive degli animali e zoonosi ▪ Riduzione dell'uso degli antibiotici e dell'antibiotico resistenza ▪ Riduzione del rischio di malattie a trasmissione alimentare ▪ Riduzione del rischio di malattie animali legate a carenze nella biosicurezza ▪ Riduzione malattie trasmissibili e non trasmissibili associate ai rischi ambientali e climatici	Livello di soddisfazione degli operatori per i risultati della propria attività	
Scientifica	▪ Aumento delle conoscenze scientifiche a disposizione della comunità nazionale ed internazionale di riferimento ▪ Diffusione "buone pratiche" ▪ Reputazione dell'Istituto	▪ Miglioramento della produzione scientifica dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	
Innovazione	Miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	Miglioramento della qualità dei processi interni e della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	
Capitale umano	Sviluppo conoscenze e competenze degli utenti dell'Istituto	Sviluppo conoscenze e competenze degli operatori dell'Istituto	
Benessere organizzativo	_	Miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza all'Istituto	
Legalità e Trasparenza	▪ Aumento dei livelli di trasparenza/comprensibilità/conoscenza delle attività dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	▪ Prevenzione/Contrasto dei rischi corruttivi ▪ Sviluppo della cultura relativa alla dimensione etica/valoriale delle attività dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	
Economica	▪ Aumento ricavi comparti di riferimento (zootecnico, agroalimentare) ▪ Riduzione dei costi sanitari per i comparti di riferimento ▪ Riduzione dei costi per il SSN	▪ Equilibrio economico dell'Istituto ▪ Autofinanziamento sul mercato ▪ Aumento dei finanziamenti per la ricerca	

La misurazione del livello del raggiungimento del VP – I Key Performance Indicators (KPI)

Un sistema completo e coerente di valutazione dei risultati di una organizzazione presuppone che alla individuazione degli Obiettivi, sia di medio/lungo periodo (Obiettivi Strategici) che di breve (Obiettivi operativi), sia associato un sistema di indicatori in grado di misurarne l'effettivo raggiungimento.

Tale regola dovrebbe essere applicata anche per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di VP, mediante l'individuazione ed il calcolo dei più appropriati KPI.

Al momento, tuttavia, tale attività incontra degli ostacoli sia di natura teorico/metodologica che di ordine empirico, in particolare per quanto riguarda la misurazione delle dimensioni rilevanti per gli II.ZZ.SS. Italiani.

Tra le problematiche di ordine teorico/metodologico, rientra la difficoltà per Enti che svolgono un ruolo "intermedio" nella filiera dell'ecosistema salute di individuare i risultati sanitari più di diretta responsabilità, quando invece molti di questi derivano dalla collaborazione tra più soggetti sia pubblici (come, ad es., le ASL), che privati (associazioni, singoli produttori, ecc.). Inoltre, molte strutture del SSN nazionale storicamente sono più portate a misurare le prestazioni, i processi e i costi di produzione piuttosto che gli esiti delle loro attività. L'equivalente del Piano Nazionale Esiti del Ministero della salute per le prestazioni ospedaliere non è ancora disponibile per tutte le attività svolte nei territori e tanto meno per le attività condotte dagli II.ZZ.SS.

Dal punto vista empirico, nonostante gli sforzi compiuti in questi ultimi anni sia a livello nazionale (ad esempio con l'introduzione del sistema CLASSYFARM), che a livello regionale ed aziendale (con strumenti quali IZILAB, WEB Quality e NFS), la raccolta completa e tempestiva delle informazioni che possano effettivamente portare al calcolo dei KPI del VP appare ancora insufficiente e non coerente alla tempistica di produzione dei documenti di programmazione quali il PIAO.
A tale proposito la Tab.2 presenta un tentativo di raccordo tra dimensioni di VP e attuale fattibilità a livello di Istituto del calcolo degli indicatori (KPI) di riferimento.

Tab. 2: Raccordo tra le dimensioni di VP e la fattibilità (*) di calcolo degli indicatori (KPI) di riferimento

Dimensioni VP	Impatto E/I			
	Esterno (VP in senso stretto)	Fattibilità calcolo KPI	Interno (VP in senso lato)	Fattibilità calcolo KPI
Sanitaria	▪ Riduzione del rischio diffusione malattie infettive degli animali e zoonosi ▪ Riduzione dell'uso degli antibiotici e dell'antibiotico resistenza e dei farmaci in generale ▪ Riduzione del rischio di malattie connesse al consumo di alimenti ▪ Riduzione del rischio di malattie animali indotte da condizioni di vita non adeguate – Benessere animale ▪ Aumento azioni rivolte alla prevenzione e controllo delle malattie batteriche e virali nell'uomo ▪ Riduzione malattie trasmissibili e non trasmissibili associate ai rischi ambientali e climatici	M	Livello di soddisfazione degli operatori per i risultati della propria attività	M
Scientifica	▪ Aumento delle conoscenze scientifiche a disposizione della comunità nazionale ed internazionale di riferimento ▪ Diffusione "buone pratiche" ▪ Reputazione dell'Istituto	M	▪ Miglioramento della produzione scientifica dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	M/A
Innovazione	Miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	A	Miglioramento della qualità dei processi interni e della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	M/A
Capitale umano	Sviluppo conoscenze e competenze degli utenti dell'Istituto	M/A	Sviluppo conoscenze e competenze degli operatori dell'Istituto	M
Benessere organizzativo	–	–	Miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza all'Istituto	A
Innovazione	Miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	A	Miglioramento della qualità dei processi interni e della qualità dei servizi resi agli utenti esterni	M/A
Capitale umano	Sviluppo conoscenze e competenze degli utenti dell'Istituto	M/A	Sviluppo conoscenze e competenze degli operatori dell'Istituto	M
Benessere organizzativo	–	–	Miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza all'Istituto	A
Lagalità e Trasparenza	▪ Aumento dei livelli di trasparenza/comprensibilità/conoscenza delle attività dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	M	▪ Prevenzione/Contrasto dei rischi corruttivi ▪ Sviluppo della cultura relativa alla dimensione etica/valoriale delle attività dell'Istituto ▪ Reputazione dell'Istituto	A
Economica	▪ Aumento ricavi comparti di riferimento (zootecnico, agroalimentare) ▪ Riduzione dei costi sanitari per i comparti di riferimento ▪ Riduzione dei costi per il SSN	B/M	▪ Equilibrio economico dell'Istituto ▪ Autofinanziamento sul mercato ▪ Aumento dei finanziamenti per la ricerca	A

* A=alta, M=media; B=bassa

Per quanto riguarda tale problematica, quindi, da un lato è ancora necessario uno sforzo interno per migliorare contenuti e tempistica dei dati prodotti dal Sistema informativo aziendale, anche coinvolgendo i principali stakeholder dell'Istituto; dall'altro sarebbe opportuno che i 10 II.ZZ.SS. italiani, attraverso il coordinamento del Ministero della salute, condividessero indicatori e metriche per una corretta e completa dimostrazione del VP prodotto, anche in ottica di valutazioni di benchmarking.

In sintesi, le schede seguenti riassumono, per il triennio 2024-2026 per ciascuna delle 6 Aree strategiche dell'Istituto:

- le diverse dimensioni di impatto per ambito e riferimento Esterno e/o Interno;
- i 21 Obiettivi strategici;

Area strategica	Impatto VP (Esterno/Interno)	Obiettivi strategici	Impatto VP (Esterno/Interno)
1. Attività istituzionale	Sanitario (Impatto esterno)	1.1 Coinvolgere gli stakeholders istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe	E
		1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare	E
		1.3. Migliorare l'efficienza dei laboratori nel rispetto dell'impatto ambientale	I/E
		1.4 Definire le modalità per la gestione delle emergenze (Piano delle emergenze dell'Istituto)	I/E
2. Sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	Sanitario (Impatto esterno) Qualità dei servizi di supporto (Impatto Interno)	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente	E
		2.2 Riorganizzare i servizi di supporto in ottica "*client oriented*"	I
3. Ricerca e Innovazione	Scientifico (Impatto esterno) Sanitario (Impatto esterno) Qualità dei servizi (Impatto interno)	3.1 Contribuire al miglioramento e alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	E
		3.2 Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	I/E
		3.3 Sviluppare competenze, tecnologia e organizzazione a supporto alla ricerca	I
		3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	I

Area strategica	Impatto VP (Esterno/Interno)	Obiettivi strategici	Impatto VP (Esterno/Interno)
4. Formazione e Comunicazione	Capitale umano (Impatto iInterno e Esterno)	4.1.1 Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale ed internazionale	E
		4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale	I
	Capitale umano (Impatto Interno/Esterno) Benessere organizzativo (Impatto Interno)	4.2.1 Aumentare l'autorevolezza dell'Istituto a livello nazionale ed internazionale come fonte di informazione scientifica	E
		4.2.2 Sviluppare la comunicazione interna	I
5. Diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholders, sviluppo sistema qualità	Lagalità (Impatto interno/esterno)	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	I/E
	Qualità dei processi "core e support" (sanitari e gestionali) (Impatto interno) Sanitario (Impatto esterno)	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	I/E
6. Sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	Economico (Equilibrio economico - finanziario) (Impatto interno)	6.1.1 Razionalizzare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio	I
	Qualità dei processi "support" (gestionali) (Impatto interno)	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	I
		6.2.2 Valorizzare l'organizzazione e il capitale umano in coerenza con il sistema di Programmazione, Controllo e Valutazione (PCV)	I
		6.2.3 Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,...)	I
		6.2.4 Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica	I

2.1.2 ACCESSIBILITA' FISICA

La normativa di riferimento vigente in materia di accessibilità fisica è la seguente:

a) Legge 13/1989 "*Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati*", la quale comprende anche gli edifici residenziali pubblici, di nuova costruzione o da ristrutturare;

b) D.M. n. 236/1989, Regolamento di attuazione della L. n. 13/1989 "*Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche*";

c) DPR n. 503/1996 *"Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici*", il quale stabilisce che tutti gli spazi pubblici debbano garantire la fruizione a chiunque abbia capacità motoria limitata, che si traduce non solo nell'abbattimento delle barriere architettoniche, ma anche nell'installazione di tutti gli ausili necessari agli edifici pubblici per poterli definire accessibili;

d) Legge n. 68/1999 "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*" che stabilisce che i datori di lavoro pubblici e privati che hanno più di cinquanta lavoratori occupati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze il 7% di lavoratori appartenente alle categorie protette.

L'IZSVe nel rispetto della normativa relativa al superamento e all'eliminazione delle barriere architettoniche, ha in passato già operato ove necessario per l'eliminazione delle barriere architettoniche. Inoltre **sono allo studio due progetti** di superamento delle barriere architettoniche legati a sopravvenute esigenze presso due sezioni periferiche, che sono:

- presso la sezione di Vicenza per il superamento di alcuni gradini di accesso all'area destinata all'Ordine dei Veterinari di Vicenza;
- presso la sezione di Venezia a San Donà di Piave per l'adeguamento dell'accesso al piano primo mediante un nuovo ascensore, a seguito dell'acquisizione dell'intero immobile.
- Si sottolinea che l'ascensore potrà essere installato a seguito del consolidamento statico e antisismico dell'edificio.

Va inoltre sottolineato che tutti gli edifici di recente costruzione sono stati concepiti e realizzati seguendo le norme specifiche di settore.

2.1.3 ACCESSIBILITA' DIGITALE

Per **Accessibilità** si intende la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.
La legge di riferimento per l'Accessibilità è la **Legge n. 4/2004**, che ha attribuito all'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) numerosi compiti tra i quali:

- vigilare sull'attuazione della stessa Legge;
- fornire assistenza alla Pubblica Amministrazione per l'applicazione della normativa vigente;
- emanare regole tecniche, circolari e linee guida in materia di accessibilità degli strumenti informatici;
- monitorare i siti web e le applicazioni mobili della Pubblica Amministrazione (PA);
- relazionare periodicamente la Commissione europea sugli esiti del monitoraggio;
- divulgare i temi dell'accessibilità nella Pubblica Amministrazione.

Con il Decreto legislativo n. 106/2018, che modifica e aggiorna la Legge n. 4/2004, l'Italia ha recepito la Direttiva UE 2016/2102 rivolta a migliorare l'accessibilità dei siti web e delle app mobili nel settore pubblico di ciascun Stato Membro. In attuazione della Direttiva europea, AGID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, in vigore dal 10 gennaio 2020, che indirizzano le PA all'erogazione di servizi sempre più accessibili, realizzati in conformità agli standard tecnici internazionali di riferimento (WCAG 2.1, ETSI EN 301 549).

Secondo le Linee Guida AGID, le Pubbliche Amministrazioni hanno inoltre l'obbligo di redigere ogni anno gli Obiettivi di accessibilità e la Dichiarazione di accessibilità, due documenti in cui si pubblicano diverse informazioni sulle iniziative che la PA adotta per migliorare l'accessibilità dei suoi servizi, e sul livello di conformità di ciascun sito e applicazione mobile che la PA gestisce agli standard sull'Accessibilità previsti dalla normativa.
La normativa sull'Accessibilità prevede alcune deroghe rispetto agli obblighi che prescrive. Ad esempio, secondo l'art. 3 comma 2, della Legge 4/2004, gli obblighi «non si applicano ai contenuti che si trovano esclusivamente su dispositivi mobili o programmi utente

per dispositivi mobili sviluppati per gruppi chiusi di utenti o per uso specifico in determinati contesti, e non disponibili e usati da ampi segmenti di utenti. Le medesime disposizioni non si applicano ai contenuti di extranet o intranet […] pubblicati prima del 23 settembre 2019 fino a una loro revisione sostanziale».

L'art. 3-ter della Legge 4/2004 prevede inoltre una deroga alle prescrizioni fissate dalla legge in materia di Accessibilità, per cui i soggetti erogatori possono ragionevolmente limitare l'accessibilità di un sito web o applicazione mobile di cui sono titolari quando queste impongano un onere sproporzionato. L'onere sproporzionato deve fondarsi su motivazioni legittime e adeguatamente giustificate, in base anche alla dimensione organizzativa del soggetto erogatore. È possibile avvalersi della deroga in caso di:
- onere organizzativo eccessivo;
- onere finanziario eccessivo;
- rischio di pregiudicare la capacità di adempiere allo scopo prefissato;
- rischio di pregiudicare la capacità di pubblicare informazioni necessarie o pertinenti ai propri compiti.

In particolare, come specificato nel cap. 6.1.2. "Onere finanziario eccessivo" delle Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, «rispetto ai benefici, il soggetto erogatore deve tener conto della frequenza e della durata d'uso dello specifico sito web o applicazione mobile. La sussistenza di un onere sproporzionato può essere invocata solo dopo aver adottato il citato principio di stretta necessità al caso di specie, ossia dopo aver verificato che il numero di accessi e di utilizzo effettivo del sito web e dell'applicazione mobile in questione è così limitato da rendere del tutto sproporzionato il costo necessario per garantire la piena accessibilità del servizio o dell'informazione».

In questo contesto l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) mette in atto quanto necessario per garantire l'accessibilità digitale attraverso le seguenti attività:
1. **attività di analisi** degli ambiti di intervento per rispondere adeguatamente alla normativa sull'Accessibilità, monitorando gli accessi e l'utilizzo dei siti web istituzionali attraverso il servizio Web Analytics Italia fornito da AGID.
2. **attività gestionali e amministrative per adempiere agli obblighi normativi**, che servono a coordinare le azioni e reperire le informazioni necessarie alla pubblicazione annuale degli Obiettivi di accessibilità e alle Dichiarazioni di accessibilità per i portali istituzionali dell'IZSVe.
3. **attività per migliorare tecnicamente i siti web istituzionali dell'IZSVe**, in modo che possano essere il più possibile utilizzabili anche da parte di utenti con disabilità, che necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

Riferimenti normativi e tecnici per l'Accessibilità
- **Legge n. 4/2004** - Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici ("Legge Stanca")
- **D.lgs. n. 82/2005** - Codice dell'Amministrazione digitale
- **Decreto ministeriale 30 aprile 2008** - Regole tecniche disciplinanti l'accessibilità agli strumenti didattici e formativi a favore degli alunni disabili
- **Direttiva (Ue) 2016/2102** del Parlamento Europeo e Del Consiglio del 26 ottobre 2016, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- **D.lgs. n. 106/2018** - Attuazione della direttiva (UE) 2016/2102, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- **Decisione di esecuzione (UE) 2018/1523** della Commissione dell'11 ottobre 2018, che istituisce un modello di dichiarazione di accessibilità conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- **Decisione di esecuzione (UE) 2018/1524** della Commissione dell'11 ottobre 2018, che stabilisce una metodologia di monitoraggio e definisce le disposizioni riguardanti la presentazione delle relazioni degli Stati membri conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- **Direttiva (UE) 2019/882** del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019, sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi ("*European accessibility Act*")
- **Linee guida AGID del 21 dicembre 2022** sull'accessibilità degli strumenti informatici
- European Telecommunications Standards Institute (ETSI) - EN 301 549
- World Wide Web Consortium (W3C) - Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1.

2.1.4 MISURE PREVISTE DALL'AGENDA DIGITALE

Coerentemente con quanto previsto dal Piano Triennale AGID e dall'Agenda Digitale, l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZSVE) adotta, nella pianificazione e nello sviluppo delle attività correlate alla digitalizzazione dei processi, i seguenti paradigmi:

- *digital first*: l'implementazione di nuovi servizi o l'ottimizzazione di quelli esistenti prevede come prima opzione la revisione e la digitalizzazione dei processi;
- *digital identity only*: partendo dai servizi diretti ai cittadini, l'IZSVE ha attivato, come previsto dalla normativa, l'accesso tramite SPID e CIE ai propri servizi e prosegue nello sviluppo delle attività propedeutiche a consentire l'introduzione dell'identità digitale anche ad altri servizi, per garantire maggiore sicurezza e un accesso semplificato da parte dell'utenza;
- *cloud first*: è attualmente in corso la predisposizione di un piano per la migrazione dell'infrastruttura aziendale verso il *cloud* garantendo gli investimenti finora effettuati e valutando i punti di forza e di debolezza della soluzione in relazione ai diversi ambiti coinvolti;
- servizi inclusivi e accessibili: l'IZSVE eroga servizi, soprattutto nel contesto informativo/formativo, tenendo in considerazione gli aspetti correlati alla loro accessibilità e fruibilità da parte degli utenti finali;
- *interoperabile by design*: attualmente i principali servizi e quelli di nuova introduzione prevedono l'utilizzo e l'esposizione di API/servizi web per garantire l'interoperabilità/integrazione dell'Istituto con altri soggetti pubblici o privati
- sicurezza e *privacy by design*: l'Istituto garantisce la sicurezza dell'infrastruttura informatica attuando azioni preventive e di monitoraggio continuo delle risorse IT anche grazie all'attivazione di servizi specifici. Nell'implementazione di nuovi servizi viene posta particolare attenzione al tema della sicurezza e della privacy sia dal punto di vista architetturale che di gestione e trattamento dei dati.
- *once only*: l'integrazione dei gestionali dell'Istituto, con banche dati nazionali e con altri applicativi interni, nonché la loro razionalizzazione volta a garantire l'assenza della duplicazione di dati e funzioni, consente di perseguire l'obiettivo di evitare di chiedere informazioni ridondati o già disponibili ai cittadini/imprese.
- codice aperto: negli ambiti per i quali è possibile, l'Istituto valuta e/o adotta soluzioni caratterizzate da codice aperto; alcune soluzioni attualmente utilizzate sono caratterizzate da licenza *open source* o da codice sorgente di proprietà dell'Istituto.

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE
2.2 PERFORMANCE

2.2.1 IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il ciclo della performance, nella realtà dell'Istituto è così articolato:

- Piano Triennale delle Attività (allegato n. 5) riportante gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e i relativi indicatori derivanti dalla Mappa Strategica;

- Piano annuale costituito dalla Relazione Programmatica, integrata dai relativi indicatori.

Tale ultimo documento rappresenta all'interno della triennalità, la declinazione della pianificazione annuale, suscettibile di successivi aggiornamenti nel corso del periodo di riferimento.

In particolare la Programmatica in parola declina per il 2024 le azioni che dovranno essere avviate nel corso dell'anno, attraverso gli Obiettivi Operativi (OBO) da assegnarsi alle Strutture dell'Istituto.

La programmazione sviluppa l'approccio One Health all'Interno dell'IZSVe, così come delineato nel PIAO 2024-2026.

I contenuti della Relazione Programmatica sono predisposti dalla Direzione Strategica in collaborazione con i Capi Dipartimento e il supporto del Controllo di Gestione.

Ad ogni obiettivo strategico vengono associati uno o più obiettivi operativi, caratterizzati da:

- una definizione trasversale omogenea per tutte le Strutture coinvolte;
- uno o più indicatori di risultato, misurabili, numerabili o qualitativi: essi possono essere di efficienza, efficacia, impatto (*outcome*) o miglioramento;
- un valore atteso, coerente con la tipologia di indicatore associato all'obiettivo;
- una o più Strutture o Unità responsabili dell'obiettivo;
- (eventuali) una o più Strutture o Unità partecipanti al conseguimento dell'obiettivo, coordinate dalla Struttura Responsabile;
- Eventuali note utili alla comprensione e/o alla misurazione del risultato, se necessario.

La modalità di costruzione del sistema degli obiettivi sopra descritto garantisce il mantenimento della coerenza tra gli indirizzi strategici (Piano Triennale) e le azioni finalizzate ad ottenerli (obiettivi operativi), nonché tra gli obiettivi stessi.

L'attribuzione alle singole Strutture ed Unità di obiettivi comuni, definiti a livello d'Istituto, garantisce l'allineamento degli sforzi verso i risultati.

Il ciclo di gestione della *performance* organizzativa, coordinato dal Controllo di Gestione, si sviluppa annualmente come segue:

1) Comunicazione degli obiettivi loro attribuiti alle singole Strutture o Unità Operative, le quali associano un peso relativo ad ogni obiettivo, al fine della misurazione complessiva del risultato di Struttura;
2) Approvazione delle schede, comprensive delle pesature relative da parte dei Direttori di Area organizzativa di afferenza: Direzione Generale, Servizi Tecnico-Sanitari, Servizi Tecnico-Amministrativi;
3) Monitoraggio quadrimestrale, di norma, dell'avanzamento degli obiettivi rispetto al risultato atteso, con richiesta di rendicontazione intermedia ai responsabili di Struttura o Unità;
4) Eventuale richiesta di rinegoziazione di indicatori o valori attesi, in occasione del monitoraggio del secondo quadrimestre, da parte dei responsabili di Struttura o Unità, con approvazione del Direttore di Area;

5) Rendicontazione finale del raggiungimento degli obiettivi assegnati da parte dei responsabili, con verifica delle evidenze da parte del Controllo di Gestione e approvazione del raggiungimento da parte dei Direttori di Area;
6) Rendicontazione di sintesi della *performance* organizzativa tramite la Relazione Gestionale annuale.

La programmazione e la valutazione, sia intermedia che finale, degli obiettivi è sottoposta al controllo dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

2.2.2 RELAZIONE PROGRAMMATICA 2024

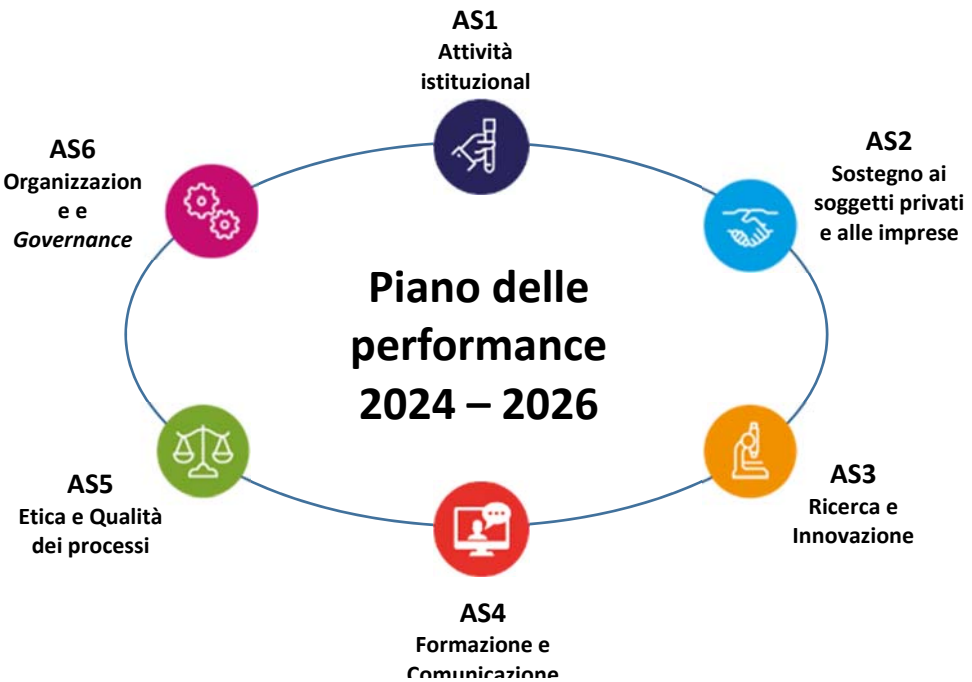
Introduzione

La Relazione Programmatica 2024 rappresenta il documento di pianificazione annuale derivante dalla Mappa Strategica 2024-2026 approvata dal CdA nella seduta del 19/12/2023. Come disposto dallo Statuto dell'Istituto, (art. 12, comma 1, lettera c), l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie predispone tale documento, per la successiva approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione. Tale programmazione sviluppa l'approccio One Health all'Interno dell'IZSVe, così come delineato nel PIAO 2024-2026. La Relazione Programmatica 2024 descrive in modo puntuale come gli Obiettivi della Mappa Strategica verranno concretizzati, in particolare definendo le azioni che dovranno essere avviate nel corso dell'anno, attraverso gli Obiettivi Operativi (OBO) assegnati alle Strutture dell'Istituto competenti per i contenuti e gli aspetti organizzativi.

Le Aree Strategiche (AS) riportate nel PTA (Figura 1), che soddisfano gli scopi descritti dalla *mission* e dalla *vision* aziendali, sono le seguenti:

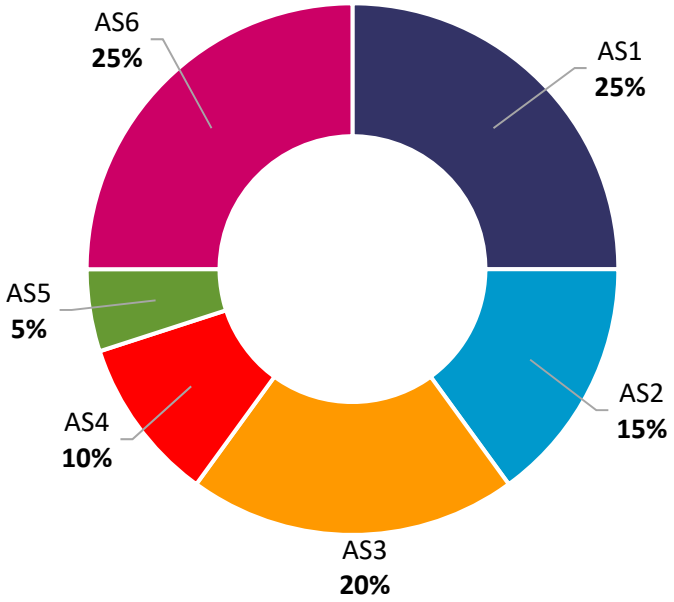
1. Attività istituzionali
2. Sostegno ai privati e alle imprese
3. Ricerca e Innovazione
4. Formazione e Comunicazione
5. Etica e Qualità dei processi
6. Organizzazione e *Governance*

Fig. 1 – Mappa delle Aree Strategiche individuate nel Piano delle Performance dell'IZSVe 2024-2026



Per ciascuna di queste AS nello stesso Piano è stato anche stabilito il *peso relativo*, indispensabile per la valutazione complessiva della performance aziendale (Grafico 1).

Grafico 1. Rappresentazione della pesatura delle Aree Strategiche



Nel 2024 l'IZSVe proseguirà il costante percorso di consolidamento e di miglioramento in ambito tecnico-scientifico e culturale del livello raggiunto, secondo i propri ambiti di afferenza, nelle prestazioni diagnostiche, nella ricerca, nella comunicazione e divulgazione tecnico-scientifica, tenendo come binario l'adeguatezza normativa e avendo come riferimento la rete dei propri interlocutori, sia istituzionale, sia dei soggetti privati.

L'importante aggiornamento normativo a livello comunitario e nazionale, già avviato nello scorso triennio, sta ridisegnando in modo rilevante l'assetto organizzativo della veterinaria, da un lato attribuendo nuove competenze e responsabilità al mondo della produzione, in un'ottica di più ampia collaborazione e dialogo con il settore istituzionale, dall'altro dando nuovo impulso all'approccio *One health*, soprattutto nella gestione emergenziale, rendendo imprescindibile l'approccio multidisciplinare e trasversale nella fase di *preparedness*. Questo non può che rafforzare ulteriormente la rete di collaborazioni tecnico-scientifiche dell'IZSVe, già in essere sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso progettualità di ricerca e formative, mirate anche al consolidamento delle competenze interne.

Un capitolo importante consiste nell'ottimizzazione e costante adeguamento dei sistemi di sorveglianza e di controllo delle produzioni degli alimenti destinati al consumo umano e animale, al fine di armonizzare e rendere più efficiente la gestione delle malattie infettive nel territorio di competenza, nonché di incrementare la capacità di risposta alle emergenze sanitarie. In tale ottica sarà costante il miglioramento della qualità delle prestazioni, la riduzione dei tempi di accettazione/esecuzione delle analisi, anche tramite l'efficace utilizzo degli strumenti informatici e il perseguimento dell'innovazione tecnologica.

Nel 2024 l'Istituto si focalizzerà maggiormente a raggiungere i propri stakeholder, consapevole del proprio ruolo di operatore di Sanità Pubblica e forte dei risultati ottenuti. Tale orientamento dovrà essere declinato in ambito locale, nazionale e internazionale e non potrà prescindere dal contesto socio-culturale di riferimento. Gli obiettivi di riorganizzazione dei servizi di supporto nell'ambito della logistica, dei servizi informatici, dell'efficienza delle *operations* già raggiunti nei due anni precedenti sono confluiti nel PIAO. Nel 2024

le attività di questa area saranno sempre più mirate alla programmazione nell'impiego delle risorse disponibili e in un'ottica di efficientamento energetico rispettoso dell'ambiente e sostenibile.

Gli obiettivi relativi alla ricerca, all'innovazione, all'informatizzazione delle attività sanitarie, e alla formazione del personale tecnico ed amministrativo aumenteranno l'efficienza in particolare dei Centri di referenza nazionale per rispondere alle esigenze nazionali ed internazionali di contrasto alle emergenze sanitarie.

Sul versante della comunicazione l'Istituto proseguirà nel rafforzamento della propria immagine pubblica quale fonte autorevole di informazione e comunicazione scientifica, oltre che a sviluppare la comunicazione interna promuovendo la cultura aziendale fra il personale.

Per ogni Area Strategica si riportano gli Obiettivi Strategici e gli Obiettivi Operativi ad essi associati.

Per la realizzazione di ogni Obiettivo Operativo potranno essere coinvolte più Strutture e Unità, anche appartenenti ad Aree diverse, a seconda delle competenze da mobilitare, con livelli di responsabilità diversi: come Referenti o come Partecipanti, con la comune volontà e capacità di fare sinergia nell'affrontare le problematiche e ricercarne le soluzioni.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI
1. ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	4	15
2. SOSTEGNO AI SOGGETTI PRIVATI E ALLE IMPRESE	2	9
3. RICERCA E INNOVAZIONE	4	14
4. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	4	8
5. ETICA E QUALITÀ DEI PROCESSI	2	12
6. ORGANIZZAZIONE E *GOVERNANCE*	5	21
TOTALE	21	79

Area Strategica 1. Attività istituzionale

Gli Obiettivi Operativi descritti in questa sezione rappresentano le azioni che l'IZSVe attuerà nel corso del 2024 finalizzate al miglioramento del rapporto dell'Istituto con gli interlocutori istituzionali, per intercettare e soddisfare le esigenze del territorio in una logica di proattiva collaborazione. Tali azioni terranno conto dell'evoluzione normativa sia in ambito di sicurezza alimentare sia di sanità animale, in un'ottica di tutela della salute pubblica e delle realtà economiche del territorio di competenza.

Nel corso del 2024 saranno potenziate le relazioni con gli *stakeholder* per migliorare la capacità dell'IZSVe e delle Autorità Competenti di fronteggiare eventi epidemici o altre emergenze sanitarie anche alla luce dell'entrata in vigore dei decreti attuativi dei regolamenti UE 2016/429 e 2017/625. Nello specifico, sarà dato particolare rilievo alla formazione dei professionisti direttamente coinvolti nelle attività di sorveglianza, diagnosi e gestione delle malattie elencate e delle emergenze alimentari. Inoltre, a seguito dell'emanazione del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, redatto in una logica *One Health*, in accordo con gli Enti cogerenti sarà data applicazione ad un sistema di sorveglianza delle resistenze batteriche nei confronti degli antibiotici di interesse per la salute umana. Visto il perdurare della congiuntura economica, l'attenzione sarà rivolta a migliorare ulteriormente l'efficienza della rete dei laboratori dell'IZSVe attraverso la razionalizzazione delle attività e dell'utilizzo delle risorse strumentali.

AS 1 – Attività istituzionale		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
1.1 Coinvolgere gli *stakeholder* istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe	1.1.1 Effettuare incontri con stakeholder istituzionali sia per la rendicontazione del triennio 2021-2023 sia per la presentazione delle linee di sviluppo del triennio 2024-2026	n. incontri con stakeholder istituzionali >=3
1.2 Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.1 Aumentare il numero delle tipologie di analisi effettuate sui pesticidi	n. nuove tipologie analisi su pesticidi >=10
	1.2.2 Aumentare il numero di molecole ricercabili in analisi PFAS	n. nuove molecole ricercabili in analisi PFAS >=7
	1.2.3 Aumentare il numero di matrici su cui vengono svolte le analisi PFAS	n. nuove matrici analizzate in analisi PFAS >=5
	1.2.4 Migliorare le competenze dei professionisti IZSVe addetti alle attività diagnostiche	% professionisti IZSVe partecipanti rispetto agli interessati >= 30% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%
	1.2.5 Progettare eventi formativi dedicati a liberi professionisti e veterinari ASL per migliorare la conoscenza delle malattie elencate	Corso di formazione inserito nel PFA 2025 <= 31/12/2024

AS 1 – Attività istituzionale		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
	1.2.6 Progettare un sistema di sorveglianza nei confronti dell'AMR di interesse umano e definire i flussi informativi	Sistema di sorveglianza progettato <= 31/12/2024 Stima investimento necessario (costi/benefici) <= 31/12/2024
	1.2.7 Armonizzare la diagnosi di malattie infettive elencate nel territorio di competenza di IZSVe	n. di protocolli aggiornati nell'anno >= 2
	1.2.8 Contribuire alla redazione delle Linee Guida del Reg. 2017/625	n. di proposte di revisione degli allegati presentate >= 1
	1.2.9 Aggiornare la formazione del personale interno sui vegetali	Progettazione del corso approvata <= 31/12/2024
1.3 Migliorare l'efficienza dei laboratori (promuovendo l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte) anche nel rispetto dell'impatto ambientale	1.3.1 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di Sicurezza Alimentare	Rapporto tra analisi esternalizzate nel 2024 ed analisi esternalizzate nel 2023 < 1
	1.3.2 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di Sanità Animale	Piano di re-internalizzazione delle analisi approvato <= 30/09/2024 % azioni erogate rispetto alle azioni di competenza 2024 >= 90%
	1.3.3 Progettare un sistema di monitoraggio della produttività delle attività di IZSVe	Sistema di monitoraggio della produttività di selezionate attività analitiche definito ed in uso <= 31/12/2024
	1.3.4 Ottimizzare la distribuzione delle attività analitiche tra le strumentazioni di maggior valore presenti in più strutture dell'Istituto	Censimento delle "principali" strumentazioni presenti in più strutture e quantificazione delle diverse percentuali di carico <= 30/09/2024 Definizione delle azioni di miglioramento per ottimizzare il carico di lavoro rimuovendo situazioni di "sottoutilizzo" <= 31/12/2024
1.4. Definire le modalità per la gestione delle emergenze (Piano delle emergenze dell'Istituto)	1.4.1 Definire e approvare il Piano di gestione delle emergenze	Approvazione lista emergenze per le quali attivare il piano <= 30/06/2024 Mappatura competenze necessarie per le emergenze da trattare <= 31/10/2024 Approvazione Piano di gestione delle emergenze <= 31/12/2024

Area Strategica 2. Sostegno ai soggetti privati e alle imprese

Oltre al personale degli enti pubblici della sanità, gli interlocutori dell'IZSVe comprendono tutto il mondo "privato" rappresentato da allevatori, consulenti, associazioni, aziende alimentari. La strategia europea in atto per il settore alimentare, denominata '*Dal Produttore al Consumatore*' ('*Farm to fork strategy*'), fissa alcuni obiettivi ambiziosi e sfidanti che coinvolgono tutti gli operatori delle filiere alimentari, ad esempio: la riduzione dell'utilizzo di sostanze chimiche nei processi produttivi (fertilizzanti, prodotti fitosanitari, zoofarmaci, additivi alimentari …), lo spostamento della produzione di alimenti proteici dalla terra all'acqua e dagli animali alle piante, la sostenibilità ambientale (inclusa la biodiversità), la riduzione dello spreco alimentare, la riduzione dell'impronta ambientale e climatica del sistema alimentare, il miglioramento delle caratteristiche nutrizionali degli alimenti ...

La maggior parte delle aziende non è in grado da sola di far fronte a queste sfide; di qui l'opportunità e necessità per l'Istituto di aiutare le imprese, singole o riunione nelle associazioni già esistenti, ad essere competitive sul mercato globale. Perché ciò avvenga sono necessarie alcune condizioni preliminari: 1) conoscere bene e per tempo i bisogni di innovazione e *problem-solving* delle imprese; 2) strutturarsi, meglio se con altri soggetti, per offrire servizi e consulenza a sostegno delle imprese, inclusa l'attività di formazione.

L'obiettivo generale di questo triennio in relazione agli *stakeholder* '*privati*' sarà quindi finalizzato a mettere a punto ed avviare un modello organizzativo in grado di soddisfare le condizioni di cui sopra, anche ricorrendo a soluzioni innovative nel rispetto di quanto consente la normativa. Nel contempo, in relazione a prodotti e servizi già offerti (ad esempio: reagenti, vaccini, analisi) si opererà per migliorare e aumentarne la produzione ed erogazione.

AS 2 – Sostegno ai soggetti privati e alle imprese		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.1 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche terrestri	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1
	2.1.2 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche acquatiche	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1
	2.1.3 Consolidare la produzione del vaccino per Bocca Rossa della trota iridea	Rapporto tra flaconi prodotti nel 2024 e flaconi prodotti nel 2023 del vaccino per Bocca Rossa della trota iridea >= 1
	2.1.4 Mantenere i tempi di risposta al di sotto del valore atteso per le tipologie di richieste più frequenti	% di tempi di risposta adeguati al target >=90%
	2.1.5 Analizzare l'attuale portafoglio analisi e valutare la possibilità/opportunità di outsourcing per alcune analisi rivolte a clientela privata	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024

	2.1.6 Progettare e porre in essere strumenti per il mantenimento di una relazione costante con le imprese	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024
	2.1.7 Progettare e avviare collaborazioni con altri Enti per fornitura congiunta di servizi a privati	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024
	2.1.8 Ristrutturare ed ampliare sede San Donà per consolidamento attività specialistiche a favore di privati	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024
2.2 Riorganizzare i servizi di supporto (logistica, servizi amministrativi, servizi informatici, ecc.) per renderli più orientati al cliente	2.2.1 Agevolare e velocizzare la stipula di contratti ed accordi con clientela privata	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024

Area Strategica 3. Ricerca e Innovazione

La ricerca costituisce un impegno istituzionale fondamentale e rappresenta un settore prioritario per lo sviluppo delle attività dell'ente, poiché garantisce all'Istituto di mantenere un livello adeguato di competenze e capacità, in linea con le esigenze del territorio, specialmente nel campo diagnostico. Tale impegno mira anche a valorizzare il contributo degli operatori dedicati e a fornire alla comunità scientifica e civile un apporto di elevata qualità. È obiettivo dell'Istituto continuare ad investire significativamente nel campo della ricerca e della cooperazione internazionale per potenziare competenze, processi e collaborazioni, al fine di competere sempre più efficacemente sia a livello nazionale che internazionale.

In particolare, nel corso del 2024 verrà potenziata la comunicazione delle attività e dei progetti di ricerca sul versante digitale (sito web) ed editoriale. Nel contempo, si valuteranno soluzioni alternative per rendere più snello ed accessibile il processo di reclutamento del personale di ricerca; nonché verrà curato lo sviluppo del livello di competenze del personale afferente all'UO Ricerca e cooperazione internazionale (RCI).

Sul fronte dell'innovazione tecnologica e digitalizzazione dei processi aziendali, da una parte si analizzerà lo sviluppo di un processo/programma per lo scouting automatico dei bandi RCI per agevolare i ricercatori nell'individuare nuove opportunità di ricerca e finanziamento e dall'altra si valuterà l'acquisizione di un nuovo software di gestione di tutti i piani finanziari dei progetti RCI, ottimizzando il controllo delle risorse finanziarie.

Il patrimonio biologico in possesso dell'Istituto, altro *asset* essenziale per la ricerca, continuerà ad essere oggetto di attenzione, tramite la realizzazione dell'Archivio Freddo, che ne garantirà la conservazione organizzata e la qualità, e l'ulteriore consolidamento del sistema di gestione della biosicurezza.

Nel corso del 2024 dovrà iniziare l'attività di adeguamento strutturale ed impiantistico degli ambienti, già individuati, per concludersi entro la prima metà del 2025. Sempre nel corso del 2024, dopo aver individuato il responsabile per la biosicurezza e biocontenimento, si garantirà la sua formazione specifica, così come verrà ristrutturato il Comitato per la biosicurezza e identificato il piano formativo per il personale coinvolto nel sistema biosicurezza.

Tra le iniziative di quest'Area strategica, inoltre, rientra la promozione della digitalizzazione dei processi e dei procedimenti aziendali; in quest'ambito, la gestione dei flussi documentali consentirà la corretta registrazione di protocollo, l'assegnazione, la classificazione, la fascicolazione, il reperimento e la conservazione dei documenti informatici. Nel corso del biennio 2024-2025, tramite il nuovo applicativo per la gestione dei flussi documentali e della registrazione di protocollo (già introdotto nel corso del 2023), verrà dato impulso alla digitalizzazione del procedimento amministrativo (che permette la tracciabilità di tutte le fasi del procedimento amministrativo, e quindi garanzia di trasparenza dell'azione pubblica) e verrà avviato il passaggio dall'attuale modello organizzativo di protocollazione "accentrato" (che prevede la partecipazione di un'unica struttura di protocollazione sia in entrata che in uscita a servizio sia della sede centrale che delle sedi periferiche), al modello organizzativo di protocollazione "decentrato" (che prevede la partecipazione di un'unica unità centrale di protocollazione in entrata, incardinata presso il SAGAT, e più unità di protocollazione in uscita), garantendo la necessaria formazione e tutoraggio del personale coinvolto. Si prevede che il nuovo sistema andrà a regime entro il 2025.

AS 3 – Ricerca e innovazione		
Obiettivi strategici	**Obiettivi operativi**	**Indicatori e valori attesi**
3.1 Contribuire al miglioramento e alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	3.1.1 Mantenere l'Impact Factor dell'Istituto ad un livello non inferiore a quello dell'anno precedente	IF IZSVe 2024 >= IF IZSVe 2023
3.2 Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	3.2.1 Implementare la pagina web del sito Istituzionale di presentazione dell'U.O. Ricerca e Cooperazione Internazionale	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024 Predisposizione scheda presentazione U.O RCI <= 31/12/2024
	3.2.2 Semplificare l'iter di reclutamento del personale esterno in progetti RCI	Studio di fattibilità approvato (sulla base della normativa vigente) <= 31/12/2024
3.3 Sviluppare le attività di supporto alla ricerca (competenze, tecnologia, organizzazione)	3.3.1 Formare il personale di supporto alla ricerca sul tema di project management/drafting/facilitazione/ rendicontazione	n. corsi frequentati >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
	3.3.2 Introdurre software di ricerca bandi nel processo di scouting dei bandi di ricerca	Revisione ed aggiornamento del protocollo di utilizzo del sw di machine learning <= 31/12/2024
3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.1 Formare il BSO di IZSVe e il Comitato biosicurezza	Approvazione Piano biennale di formazione BSO <= 30/04/2024 % attività eseguite di formazione 2024 rispetto alle attività di competenza 2024 >= 90% Risultato test intermedio di apprendimento da parte del BSO in formazione >= 90%
	3.4.2 Sviluppare e definire il programma per la biosicurezza	Approvazione programma per la biosicurezza <= 30/09/2024 Definizione dei flussi di comunicazione <= 31/12/2024
	3.4.3 Allestire l'"Archivio freddo" - 80°C	Predisposizione impianti ed identificazione strumentazione da installare <= 31/12/2024
	3.4.4 Introdurre un software in grado di facilitare la gestione dei piani finanziari dei progetti di ricerca	Identificazione requisiti necessari per l'applicativo <= 31/12/2024
	3.4.5 Automatizzare la compilazione del timesheet per il personale nei progetti RCI	Studio di fattibilità e scelta tra sviluppo interno o acquisto esterno <= 31/12/2024
	3.4.6 Realizzare materiale editoriale informativo su attività di RCI	n. prodotti editoriali per la cooperazione internazionale prodotti entro il 31/12/2024 >= 1
	3.4.7 Attivare il nuovo software DocSuite secondo il modello organizzativo decentrato per la protocollazione in uscita	% strutture dell'Istituto operative con il nuovo sw entro il 31/12/2024 >= 70%
	3.4.8 Realizzare corsi di formazione teorico/pratici sul software DocSuite ed affiancare il personale delle strutture	n. edizioni del corso erogate <= 6 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
	3.4.9 Attivare DocSuite delibere per la fascicolazione informatica dei procedimenti amministrativi e la redazione dei provvedimenti	Applicativo testato e pronto per la messa in "produzione" <= 31/12/2024

Area Strategica 4. Formazione e Comunicazione

In questa sezione sono riuniti gli Obiettivi Operativi relativi alle attività formative mirate al cambiamento e alla crescita delle persone, sul piano professionale come anche su quello individuale, e alle attività di comunicazione legate al mondo dell'informazione e allo sviluppo di una cultura aziendale. I target di riferimento sono le figure professionali che a vario titolo e ruolo si occupano di salute pubblica, in special modo di sicurezza degli alimenti e di benessere animale, e i media/cittadini che si rivolgono all'Istituto come fonte di informazione.

Formazione

Il consolidamento del ruolo dell'IZSVe a livello nazionale ed internazionale passa anche attraverso una offerta formativa che sappia rispondere alle esigenze dei propri stakeholder e al contempo innovarsi, sia nei contenuti che nelle modalità didattiche e di erogazione. In tale ottica si declineranno gli obiettivi del 2024, volti ad aumentare le iniziative formative dedicate alla crescita personale e professionale degli operatori della salute pubblica e del mondo della produzione, senza tralasciare una più ampia e consueta offerta formativa.
Dal punto di vista della formazione interna, il 2024 vedrà l'avvio di specifici percorsi formativi destinati alla dirigenza, in particolare alle figure apicali (DSC e Capi Dipartimento), con la consapevolezza che il miglioramento delle performance passa in primis attraverso una leadership preparata, attenta e coesa, capace di leggere i segnali di cambiamento nel panorama di riferimento e di rispondere attivamente alle progettualità disegnate e condivise con la propria Direzione Strategica.

Comunicazione

La strategia di comunicazione verso l'esterno prosegue con il rafforzamento delle *media relation*, in continuità con l'impostazione perseguita nel triennio precedente. L'obiettivo sarà di mantenere vivo l'interesse degli operatori dell'informazione verso le attività istituzionali e scientifiche dell'Istituto, con particolare riferimento alle emergenze sanitarie e agli aspetti innovativi della ricerca scientifica. La comunicazione interna verso il personale sarà orientata da un lato a promuovere la cultura aziendale con un aggiornamento costante delle attività istituzionali attraverso i canali interni (intranet, eventi, webinar, ecc.), dall'altro a migliorare il benessere lavorativo delle persone con il proseguimento periodico delle indagini di clima aziendale.

AS 4 – Formazione e comunicazione		
Obiettivi strategici	**Obiettivi operativi**	**Indicatori e valori attesi**
4.1 Formazione 4.1.1 Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale ed internazionale anche innovando l'offerta formativa	4.1.1.2 Effettuare interventi formativi ampliando il target di riferimento e/o le collaborazioni con enti terzi, anche attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche innovative TEL (*Technology Enhanced Learning*)	n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 >= 1 n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 utilizzando metodologie TEL >= 1
4.1 Formazione 4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto	4.1.2.1 Sviluppare le competenze manageriali della dirigenza (Capi Dipartimento, DSC, ecc.)	Raccolta bisogni formativi da parte dei DSC e progettazione del corso <= 30/06/2024 Inizio corso <= 31/12/2024
	4.1.2.2 Promuovere la conoscenza da parte dei dirigenti sanitari (DSC e/o altri) dei processi amministrativi chiave dell'IZSVe (es: valutazione del personale, gestione appalti e servizi, ecc.)	Impostazione attività approvata dalla Direzione <= 31/03/2024 Stesura del programma e individuazione docenti <= 30/06/2024 Avvio percorso di formazione <= 31/12/2024
	4.1.2.3 Definire le metodologie di valutazione delle competenze del personale dell'IZSVe	Ricerca bibliografica su teorie a supporto della valutazione delle competenze nelle organizzazioni presentata <= 31/07/2024 Mappatura dei ruoli dell'organizzazione IZSVe <= 30/11/2024 Individuazione ruolo target individuare il ruolo target su cui avviare la mappatura delle competenze <= 31/12/2024
	4.1.2.4 Sviluppare le metodologie di valutazione dell'impatto formativo	Ricerca bibliografica su teorie a supporto della valutazione dell'apprendimento <= 31/07/2024 n. corsi di formazione che prevedano l'integrazione di strumenti per migliorare la valutazione dell'apprendimento >= 1
4.2. Comunicazione 4.2.1 Aumentare l'autorevolezza dell'Istituto a livello nazionale ed internazionale come fonte di informazione scientifica per le materie di competenza	4.2.1.1 Potenziare le relazioni con i media	Rapporto tra n. contatti media relation 2024 e n. contatti media relation 2023 >= 1
4.2. Comunicazione 4.2.2 Sviluppare la comunicazione interna	4.2.2.1 Monitorare e promuovere il miglioramento del clima aziendale	Effettuazione di una indagine sul clima aziendale e pubblicazione dei risultati <= 31/12/2024
	4.2.2.2 Garantire la divulgazione delle attività e dei risultati dell'Istituto	Rapporto tra n. post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2024 e n. post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2023 >= 1

Area Strategica 5. Etica e Qualità dei processi

Gli Obiettivi Operativi definiti in questa Area Strategica intendono considerare le esigenze dell'Istituto di rispondere, internamente e verso il contesto di riferimento, sulle proprie modalità di soddisfazione delle richieste della società relativamente al contrasto dei rischi corruttivi, alla trasparenza e alla qualità dei processi gestionali e produttivi. Gli obiettivi previsti all'interno dell'Area rispondono anche a precisi obblighi normativi. Oltre a prescrizioni di tipo istituzionale, l'IZSVe ha il dovere etico di adottare comportamenti e azioni basati su una cultura aziendale di tipo valoriale. Tutto l'Ente, e innanzitutto il proprio *Sistema Qualità*, dovrà quindi far propri i valori fondanti della semplificazione e della razionalizzazione.

La strategia di prevenzione della corruzione si basa su un'attenta analisi dell'organizzazione, mappatura dei processi e valutazione del diverso livello di esposizione al rischio delle attività delle strutture, attraverso l'individuazione e la programmazione di interventi puntuali e specifici volti a prevenire e/o ad incidere sul rischio corruttivo (c.d. misure di trattamento).

La programmazione della strategia di prevenzione della corruzione, in coerenza con quanto stabilito dai Piani Nazionali Anticorruzione, concorre al perseguimento degli obiettivi della strategia nazionale anticorruzione volti a ridurre le opportunità che si sviluppi la corruzione, aumentare la capacità di fare emergere la corruzione e creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'attuazione degli obiettivi strategici e operativi in materia di anticorruzione e trasparenza, contribuisce alla creazione del valore pubblico inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio. In quest'ottica, la prevenzione della corruzione ha natura trasversale per tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'IZSVe.

Le azioni di quest'area, si prefiggono pertanto lo scopo di rafforzare la strategia in materia di anticorruzione, al fine di promuovere e consolidare la diffusione della legalità e della trasparenza e consentire una sempre più efficace azione di pianificazione delle misure di prevenzione. In particolare, rivestono centralità l'azione di monitoraggio della realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza declinate nella Sezione *Rischi corruttivi e trasparenza* del PIAO, in quanto gli esiti di tale attività costituiscono presupposto per l'impostazione della pianificazione del sistema di gestione del rischio per l'anno successivo nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale sui temi dell'etica e della legalità, con particolare riferimento alle modifiche apportate dal DPR 81/2023 al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Per quanto riguarda il presidio e il potenziamento del Sistema di Gestione della Qualità dei servizi erogati, le azioni di miglioramento previste proseguiranno nell'ottica della razionalizzazione ed informatizzazione dei processi, mirando all'integrazione dei sistemi di gestione e, quando possibile, all'adozione di strumenti di registrazione e comunicazione comuni.

In particolare, in un'ottica di gestione integrata delle risorse, proseguiranno i progetti pluriennali di informatizzazione dei processi del sistema qualità e le attività di audit interni integrati. Tali miglioramenti saranno attuati tenendo in considerazione i requisiti richiesti dai diversi ambiti di gestione, così da garantire, complessivamente, il mantenimento degli accreditamenti e delle certificazioni in essere.

AS 5 – Etica e Qualità dei processi		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
5.1 Etica dei processi 5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.1 Formare il personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento	% neoassunti partecipanti = 100% % neoassunti partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
	5.1.2 Aggiornare il personale sui contenuti del Codice di comportamento adeguato al DPR 81/2023 (corso base)	% personale partecipante <= 33% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%
	5.1.3 Aggiornare il personale sui temi dell'etica e della legalità nelle aree di competenza di IZSVe - approfondimenti specialistici	n. corsi specialistici erogati nel 2024 >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 100%
	5.1.4 Realizzare le misure di trattamento previste dalla sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	% misure di trattamento rispettate >= 90%
	5.1.5 Migliorare l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente	Target complessivo da attestazione annuale OIV >= 90% Colonna completezza del contenuto da attestazione annuale OIV = 100%
5.2 Sviluppo sistema qualità 5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.1 Effettuare audit interni congiunti biosicurezza, sicurezza e qualità delle strutture sanitarie	n. audit congiunti condotti nell'anno = 2
	5.2.2 Superare gli audit esterni	n. di audit esterni annuali superati = 1
	5.2.3 Garantire prestazioni analitiche aggiornate e rispondenti alle richieste del cliente	% procedure di prova revisionate, standardizzate, validate e/o accreditate entro l'anno rispetto a quelle pianificate >= 90% n. report monitoraggio attività e rendicontazione obiettivi delle strutture entro l'anno = 1
	5.2.4 Rilasciare l'applicativo informatico di inserimento unificato delle richieste relative a prestazioni sanitarie	Approvazione applicativo da utilizzare <= 30/06/2024 Implementazione del flow chart di gestione processo nel nuovo gestionale <= 31/12/2024
	5.2.5 Rilasciare l'applicativo informatico per la gestione delle non conformità	Definizione dei dati per flow chart di riferimento in collaborazione anche con IZSLER e IZS Sicilia <= 31/12/2024
	5.2.6 Rilasciare e utilizzare la nuova Carta dei servizi dinamica	Popolamento della carta dei servizi <= 30/09/2024 Messa in uso della carta dei servizi dinamica <= 31/12/2024
	5.2.7 Introdurre l'applicativo informatico WQ-RDA per la gestione delle apparecchiature	Recepimento del modulo apparecchiature del sw WebQuality <= 31/12/2024 Elenco degli impianti presenti nelle sedi predisposto <= 31/12/2024

Area strategica 6. Organizzazione e *Governance*

Nella presente Area Strategica, l'Istituto intende focalizzare i propri interventi al fine di stimolare una valutazione proattiva che consenta di riorganizzare efficientemente alcuni flussi aziendali.

Una buona governance e una gestione responsabile dei processi decisionali sono, infatti, essenziali per l'ottimale amministrazione dell'Istituto e ciò si ottiene soprattutto mettendo a disposizione idonei strumenti operativi che favoriscano la consapevolezza di tutti gli operatori coinvolti nei processi.

Gli obiettivi di seguito descritti, mirano a garantire che la "comunità" Istituto aumenti la capacità di valutare le sue stesse performance attraverso strumenti di feedback che garantiscano il presidio delle principali leve strategiche a supporto del proprio operare.

Il complesso degli obiettivi sviluppa le azioni verso quattro direzioni: azioni a supporto della sostenibilità economico ambientale, ottimizzazione di processi gestionali, strumenti a sostegno del governo economico finanziario e progetti di integrazione in ambito tecnico informatico. Tutte le azioni nascono da una visione condivisa del futuro che porta alla consapevolezza che solo la gradualità unita ad un approccio pragmatico possa essere la chiave del successo delle azioni sottese agli obiettivi proposti.

AS 6 – Organizzazione e *Governance*		
Obiettivi strategici	**Obiettivi operativi**	**Indicatori e valori attesi**
6.1 Sostenibilità economico-finanziaria 6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.1 Applicare le analisi costi/benefici a supporto delle richieste di investimento per forniture di beni di valore superiore a 40.000 Euro IVA esclusa su fondo istituzionale	% richieste di investimento nel target corredate da analisi costi/benefici = 100%
	6.1.1.2 Effettuare la diagnosi energetica delle infrastrutture dell'Istituto	n. report diagnosi energetiche effettuate = 16 Progetto interventi di miglioramento approvato <= 31/12/2024
	6.1.1.3 Redigere il Piano Energetico	Piano Energetico approvato <= 31/12/2024
	6.1.1.4 Garantire la rilevazione dei consumi e dei costi di energia elettrica e gas riscaldamento distinti per mese di competenza e struttura	Consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento rilevati <= 31/12/2024
	6.1.1.5 Ridurre i consumi di energia elettrica	Presentazione ed approvazione di un vademecum per l'identificazione dei comportamenti virtuosi da tenere <= 30/04/2024 Rapporto tra consumi delle strutture e della sede anno 2024 rispetto all'anno precedente <= 1
	6.1.1.6 Contenere la spesa relativa alla manutenzione del verde e degli impianti di climatizzazione ambientale	Rapporto tra spesa 2024 per manutenzione verde ed impianti di climatizzazione e spesa 2022 per manutenzione verde e impianti di climatizzazione <= 1
	6.1.1.7 Ottimizzare l'utilizzo degli spazi degli uffici	Comitato ottimizzazione spazi uffici istituito e definizione mandato definito <= 30/04/2024 Verifica presenza media negli uffici e proposta di ottimizzazione spazi uffici <= 31/12/2024 Piano di miglioramento approvato <= 31/12/2024
6.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations 6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.1 Informatizzare la gestione dei magazzini periferici nelle diverse strutture	Approvazione soluzione di gestione individuata <= 30/04/2024 Realizzazione adeguamenti sw necessari <= 31/08/2024 Applicazione pilota in strutture test <= 31/12/2024
	6.2.1.2 Completare la mappatura dell'attività di laboratorio con il calcolo del costo delle produzioni di sieri ed antigeni	Schede rilevazione consumi tecnici prodotte <= 31/10/2024 SK rilevazione consumi tecnici calcolate <= 31/12/2024
	6.2.1.3 Progettare e attivare un sistema interno di monitoraggio degli utilizzi degli ambienti BSL3	Sistema di monitoraggio attivo <= 31/12/2024
	6.2.1.4 Riclassificare il piano dei conti secondo il modello ACCRUAL	Piano dei conti riclassificato <= 31/12/2024
	6.2.1.5 Aggiornare la procedura del ciclo passivo, liquidare le fatture nei termini previsti dal ciclo passivo	Procedura gestione ciclo passivo revisionata <= 31/12/2024 Giorni medi di ritardo sull'80% di fatture ricevute <= 0 giorni medi di pagamento <= 60
	6.2.1.6 Analizzare la possibilità di detrazione IVA su costi promiscui	Studio fattibilità presentato <= 31/12/2024
	6.2.1.7 Applicare la nuova scontistica sulle analisi a tariffario	Differenza fatturato netto clienti con richiesta fatturazione cumulativa 2024 e 2023 >= 50.000 Euro

AS 6 – Organizzazione e *Governance*		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
	6.2.1.8 Adeguare software in utilizzo per le selezioni interne del personale	Studio di fattibilità implementazione gestionale ed individuazione procedure semplificate da applicare <= 31/12/2024
6.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations 6.2.2 valorizzare l'Organizzazione e il Capitale Umano in coerenza con il sistema di P&C&V	6.2.2.1 Completare il processo di budgeting per le strutture dell'Istituto	Piano attività per alimentazione scheda budget di struttura distinto per flusso informativo <= 31/12/2024
6.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations 6.2.3 Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,…)	6.2.3.1 Analizzare le anagrafiche cliente Izilab e risolvere i casi di sovrapposizione	Analisi effettuata e piano di miglioramento approvato <= 31/12/2024
	6.2.3.2 Contenere il valore delle scorte di fine anno delle singole strutture	Rapporto tra valore scorte fine 2024 e valore medio scorte triennio 2021 - 2023 <= 1
	6.2.3.3 Contenere la spesa in beni sanitari non inventariabili	Definizione target delle strutture <= 30/04/2024 Rispetto del target indicato al 31/12/2024
6.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations 6.2.4 Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica	6.2.4.1 Razionalizzare i flussi informativi gestionali dell'Istituto e gli applicativi in uso	Relazione con proposta di soluzioni di data integration approvata <= 31/12/2024 Relazione con presentazione di azioni per l'ottimizzazione del numero di applicativi impiegati approvata <= 31/12/2024
	6.2.4.2 Revisionare e segmentare la rete aziendale	Analisi ed identificazione della segmentazione di rete <= 31/12/2024 n. edifici fisici della sede di Legnaro con rete isolata e revisionate entro il 31/12/2024 = 1

2.2.3 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

Sulla base di quanto descritto sopra, il **monitoraggio** della performance organizzativa si realizza a più livelli mediante:

- l'autovalutazione da parte dei Responsabili di Struttura o Unità, sia quadrimestrale che a conclusione dell'anno;
- l'analisi e la verifica delle evidenze di raggiungimento, da parte del Controllo di Gestione, sia quadrimestrale che finale;
- la visione di sintesi e, se necessario, analitica dei risultati di cui al punto precedente da parte dei Direttori di Area, ai fini dell'approvazione;
- il controllo e la valutazione conclusivi da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 2024-2026

PARTE I

QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 6 del d.l. del 9 giugno 2021 n. 80 il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza è confluito nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) che viene adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e ha durata triennale.
La presente sottosezione contiene pertanto la definizione della strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie per il triennio 2024-2026 in ottemperanza a quanto disposto dalla legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" e dal decreto 33/2013 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", nonché delle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione, in una logica di integrazione con gli obiettivi delle sottosezioni precedenti, funzionale alle strategie di creazione e di protezione del Valore Pubblico.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del Valore Pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della *mission* istituzionale.
Come indicato da ANAC nel PNA 2022 nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare Valore Pubblico, attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio - finalizzato ridurre gli sprechi e orientare correttamente l'azione amministrativa - e a proteggere il Valore Pubblico attraverso l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza finalizzate a contenere il rischio corruttivo.

La programmazione della strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza si fonda sul concetto di fenomeno corruttivo che deriva dalle disposizioni legislative e dagli orientamenti interpretativi espressi dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, ovvero "*la definizione del fenomeno corruttivo (…) non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "**maladministration**", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione dei procedimenti, di terminazioni di fasi interne ai singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse"*

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in coerenza con le linee strategiche definite dal Consiglio di Amministrazione e con gli obiettivi di Performance.

Sono parte integrante della presente Sezione:

- Il Codice etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie aziendale adottato con DCA n. 12/2017 (https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/atticodice.xml)
- Il "Programma operativo per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse" approvato con DDG n. 40/2017 (allegato 4 al PTPC 2017-2019); (https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altricorruzione.xml)
- Lo schema di "Patto di integrità per appalti di servizi fornitore e lavori" (allegato 5 PTPCT 2022-2024 https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altricorruzione.xml)
- Tutte le disposizioni, i provvedimenti interni, gli atti, le procedure e i regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti di attività esposti a rischio

Allegati: n. 1 – Mappatura Processi, valutazione del rischio; n. 2 – Tabella delle misure di trattamento; n. 3- Elenco degli obblighi di pubblicazione; n. 3bis – elenco obblighi di pubblicazione sezione bandi di gara e contratti di cui all'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023; n. 4 nuova Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità "whistleblowing policy"

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La programmazione della strategia di prevenzione della corruzione, in coerenza con quanto stabilito dai Piani Nazionali Anticorruzione, concorre al perseguimento degli obiettivi della strategia nazionale anticorruzione volti a:

- ridurre le opportunità che la corruzione si sviluppo
- aumentare la capacità di fare emergere la corruzione
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione

Ai sensi della legge n. 190/2012 l'organo di indirizzo politico definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico- gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

La strategia di Valore Pubblico per il triennio 2024-2026, in coerenza con la pianificazione triennale (Piano triennale delle attività 2024-2026 dell'IZSVe) individua l'Area Strategica 5 - Etica e Qualità dei processi nella quale è definito il seguente obiettivo strategico in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, declinato sul triennio, **"Promuovere la cultura della legalità, della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto, favorendone e della prevenzione dei rischi corruttivi"**, che, con cadenza annuale (rif. Relazione Programmatica annuale) viene trasfuso e declinato in obiettivi operativi, che rappresentano la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione di possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborati in sede di mappatura dei processi e nella presente Sezione.

L'attuazione degli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, contribuisce alla creazione del valore pubblico intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio. In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico che ha natura trasversale relativamente a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'IZSVe. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

2.3.2 COORDINAMENTO TRA LA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA E LA SEZIONE PERFORMANCE

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'IZSVe si basa sulla seguente documentazione:

- Piano triennale delle attività e Relazione programmatica annuale, che costituiscono i documenti di direttive per la formulazione degli obiettivi di budget con le singole strutture semplici a valenza di area e con quelle complesse e dipartimentali;
- Sistema per la valutazione delle prestazioni dei dirigenti;

- Metodica di budget gestionale;
- Metodica per centri di approvvigionamento (Rif. DDG n. 196/2022);
- metodica di budget degli investimenti approvata con DDG n. 111/06.

Come previsto nei vari PNA, l'IZSVe ha definito un sistema volto alla progressiva integrazione tra la gestione dei rischi, la pianificazione delle misure e il ciclo della performance, in modo che gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscano parte integrante delle strategie dell'ente e siano pertanto integrate con gli obiettivi del Piano delle attività.
Lo stesso art. 41, co. 1, lett. h) del d.lgs. n. 97/2016 introduce nell'art. 1 della legge n. 190/2012, il comma 8 bis, ai sensi del quale l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. L'OIV verifica i contenuti della Relazione del RPCT recante i risultati dell'attività svolta, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'OIV può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.
Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge n. 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. n. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici che, conseguentemente e coerentemente, questo Istituto provvederà annualmente ad individuare.
Con la Relazione Programmatica Annuale l'IZSVe esplicita gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle strutture interessate. Allo stesso modo l'attuazione della disciplina dell'anticorruzione e della trasparenza rappresenta un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure che l'Istituto ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale per la realizzazione delle stesse, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, piano di azione, responsabile, tempistica. L'IZSVe garantisce pertanto un'integrazione degli strumenti programmatori e il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione e trasparenza traducendo le misure di prevenzione contenute nella presente Sezione in obiettivi inseriti nella Relazione Programmatica annuale e nelle schede di budget (obiettivi di budget).
Conseguentemente per ciascuna delle misure di prevenzione della corruzione inclusa nella presente Sezione è previsto il riferimento alle schede di budget, declinandole in obiettivi di performance correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività.
I dirigenti delle strutture sono quindi responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei regolamenti e procedure aziendali, delle disposizioni contenute nella presente Sezione e di tutte le misure, sia generali che specifiche, nonché dei termini per l'implementazione.

Al fine di realizzare una più stretta integrazione tra la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza e sistemi di misurazione della Performance nel corso del 2022 è stato avviato il processo di informatizzazione del Piano Performance utilizzando la medesima piattaforma informatica per la mappatura e gestione del rischio. Ciò permette di valorizzare l'interazione tra il sistema di misurazione della performance e il sistema di gestione del rischio e di creare un sistema organico, coerente ed efficiente di pianificazione delle attività dell'ente.

2.3.3 PROCESSO DI ELABORAZIONE DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Nell'ottica di una maggiore compartecipazione, l'adozione della presente Sezione è stata preceduta da una procedura di consultazione "aperta" che coinvolge tutti gli *stakeholder* al fine di consentire di acquisire eventuali osservazioni e suggerimenti utili alla stesura del documento definitivo.
L'avviso di consultazione per l'aggiornamento della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2024-2026 è stato pubblicato al 22 gennaio 2024 al 30 gennaio2024 sulla homepage del sito web istituzionale unitamente al modulo appositamente predisposto e reso disponibile sul sito, per la presentazione dei contributi/osservazioni.
Conclusasi la procedura di consultazione pubblica, il PIAO è adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto, ed è aggiornato annualmente, tenendo conto dei nuovi obiettivi strategici posti dagli organi di vertice, delle modifiche normative e delle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione- ANAC.
Il PIAO è pubblicato sul sito internet dell'IZSVe nell'apposita sezione della sezione "Amministrazione trasparente/altri contenuti/corruzione" e "Amministrazione trasparente/disposizioni generali".

2.3.4 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE: SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione della strategia di prevenzione ed all'attuazione e al controllo di efficacia delle misure con esso adottate sono:

- il Consiglio di Amministrazione e il Direttore generale
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
- i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione;
- tutti i dirigenti;
- tutti i dipendenti dell'Amministrazione;
- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione;
- L'Organismo di Valutazione Interna (OIV);
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- il Responsabile dell'anagrafe per la stazione Appaltante (RASA)
- il Gestore delle segnalazioni sospette (antiriciclaggio)
- il Servizio Ispettivo aziendale

Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore generale

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo dell'Ente che svolge compiti di indirizzo, di coordinamento e di verifica dell'attività dell'Istituto.
Il Consiglio di Amministrazione, in base alla vigente normativa, nonché al PNA 2022:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare le funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'ente, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione (art. 1, co. 8 L. 190/2012);
- adotta il Codice di Comportamento;
- adotta il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ed i suoi aggiornamenti annuali (oggi Sezione Rischi e Trasparenza del PIAO), su proposta del RPCT, entro il 31 gennaio di ogni anno;
- riceve la relazione annuale del RPCT, può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate in merito all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Anche il Direttore generale, quale titolare di incarico amministrativo di vertice e organo di gestione, riveste un ruolo fondamentale ai fini della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, in base a quanto previsto dalla L. n. 190/12:

- predispone la proposta di Piano della prevenzione (oggi Sezione Rischi e Trasparenza del PIAO), che viene adottato dall'Organo di indirizzo (Consiglio di Amministrazione) (art. 1, comma 8);
- definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità e propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità;
- segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 7);

- redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT e la pubblica sul sito web dell'amministrazione;

In base a quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013:
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sull'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al decreto, con il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità (art. 15, co. 1);
- segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni al Decreto all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20/07/2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, co. 2) .

In base a quanto previsto dall'art. 15 del DPR n. 62/2013:
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione;
- effettua il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- provvede a pubblicare sul sito istituzionale e a comunicare all'Autorità Nazionale Anticorruzione i risultati del monitoraggio.

In base a quanto previsto dal d.lgs 33/2013 e s.m.i.:
- controlla l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC, e, nei casi più gravi, all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati , informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5.

Inoltre, in base a quanto previsto dal D.Lgs. n. 24/2023:
- riceve e prende in carico le segnalazioni di *whitleblowing*.

Come precisato nel PNA 2019, l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. Pertanto, i poteri di vigilanza e controllo che il RPCT può esercitare all'interno della pubblica amministrazione, devono rimanere connessi a tale obiettivo.
Con delibera del Direttore generale n. 341 del 12 luglio 2013, confermata con DCA n. 1/2018, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie ha stabilito di accorpare in un unico soggetto le figure di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile per la Trasparenza.
Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza dal 2013 è la dr.ssa Giulia Ferriani, dirigente amministrativo responsabile della SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza (DDG n. 578/2019).

Struttura di supporto al RPCT

Nei vari Piani Nazionali Anticorruzione, l'ANAC ha più volte sottolineato l'importanza della costituzione di un'adeguata struttura di supporto alle attività del RPCT. Con DCA n. 4/2020 è stata istituita l'U.O. Anticorruzione e Trasparenza, incardinata all'interno della S.S. Affari Generali, a supporto delle attività del RPCT.
Ad oggi la struttura non è ancora dotata di risorse umane a supporto del RPCT pertanto lo stesso, nell'espletamento delle proprie funzioni, può contare nella collaborazione dei referenti della prevenzione della corruzione.

I referenti Anticorruzione delle strutture

La prevenzione della corruzione richiede un'azione coordinata e sinergica tra tutti i soggetti presenti nell'organizzazione.
Tutti i dirigenti responsabili di struttura semplice e complessa afferenti le aree Tecnico-Amministrativa e Tecnico-Sanitaria dell'Istituto sono "**referenti del RPCT**", così come disposto con DDG n. 459 del 30. 09.2013. I referenti posso avvalersi di propri collaboratori di struttura (referenti di secondo livello) per l'attuazione della strategia di prevenzione.

La costituzione di una rete di riferenti ha quale obiettivo primario quello di creare un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato.
I referenti sono soggetti proattivi che fungono da punti di riferimento per la collazione delle informazioni e il monitoraggio delle attività anticorruzione, svolgono una costante attività informativa nei confronti del RPCT, fornendo elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure.
Ogni referente assolve pertanto i compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace.
I loro compiti si configurano come connaturati alla funzione di direzione svolta e strettamente integrati con le relative competenze tecnico-gestionali.

In relazione alla Prevenzione della corruzione, i referenti concorrono:

- al processo di analisi dei rischi (mappatura dei processi, individuazione dei rischi e delle misure di trattamento, monitoraggio dell'attuazione delle misure);
- ad individuare le esigenze formative in materia di etica e integrità, al fine di segnalare al RPCT i necessari ambiti di intervento e i dipendenti da avviare a specifici percorsi formativi;
- a sensibilizzare in ordine ai tempi di conclusione dei procedimenti per la valutazione delle possibili azioni correttive da porre in essere;
- ad assicurare un flusso informativo al RPCT in ordine ad eventuali casi di conflitti di interesse;
- al monitoraggio periodico relativo all'attuazione delle misure di trattamento contenute nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO;
- a segnalare al RPCT di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- a vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del Codice di Comportamento e della misura della rotazione.

In relazione alla Trasparenza concorrono a:

- sensibilizzare il personale della struttura di competenza in ordine agli adempimenti sugli obblighi di trasparenza, secondo le disposizioni normative vigenti, supportandoli all'occorrenza nell'individuazione, elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente del sito web istituzionale;
- monitorare sul termine di aggiornamento delle pubblicazioni di propria competenza nel rispetto dei termini previsti;
- collaborare all'aggiornamento annuale della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO per la parte attinente alla trasparenza;
- comunicare eventuali criticità rispetto agli obblighi di pubblicazione, al fine di individuare, con il coordinamento del RPCT la soluzione più adeguata;
- collaborare in ordine alla presa in carico degli accessi civici di competenza, monitorando la conclusione dei procedimenti di accesso di propria competenza e l'inserimento della documentazione nella Sezione Amministrazione trasparente attraverso la piattaforma in uso (Lapisweb).

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume pertanto un ruolo fondamentale la tempestiva e completa trasmissione al RPCT di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.
A tal fine, i referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza, devono curare la tempestiva trasmissione al RPCT di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui ad esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o operante presso l'IZSVe per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e relativi provvedimento di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali;
- richieste di chiarimenti e rilievi della Corte dei Conti;
- segnalazioni da parte dei dipendenti, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;

- segnalazioni /denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'IZSVe nei confronti del personale dipendente o comunque operante presso l'IZSVe;
- ogni altra informazione concernente i contenzioni amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro, definitivi o pendenti, in cui l'IZSVe sia parte ricorrente/attorea o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'IZSVE;
- verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi da parte del Servizio Risorse Umane;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento;
- segnalazioni da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato.

I Dirigenti

Come indicato nel PNA 2022 tutti i dirigenti, per la struttura di rispettiva competenza, sono tenuti a collaborare con il RPCT sia in sede di mappatura dei processi, sia in fase di stesura della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO e in particolare a:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- concorrere, coordinandosi opportunamente con il RPCT, alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione, fornendo, tra l'altro, le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del proprio personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione dei rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Inoltre, come stabilito dal legislatore, il RPCT, d'intesa con i dirigenti competenti, verifica l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

In particolare:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.);
- vigilano e assicurano l'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) e del Codice Etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto Zooprofilattici Sperimentale delle Venezie approvato con DCA n. 12/2017 segnalando le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio del procedimento disciplinare, la sospensione e la rotazione del personale e osservano le misure contenute nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165/2001);
- rispettano le prescrizioni del d.lgs. n. 39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità;
- attivano le procedure previste dalla normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, come previsto dall'art. 1, comma 51, della Legge n. 190/12;
- segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico nonché qualsiasi altra informazione utile per il conseguimento delle finalità di cui al presente Piano;
- verificano, d'intesa con il Responsabile, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

Tutti i dipendenti dell'IZSVE

Tutti i dipendenti dell'IZSVe sono tenuti a:

- prestare la collaborazione al RPCT;
- partecipare al processo di gestione del rischio;

- osservare le misure contenute nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;
- segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o al Responsabile della Prevenzione della Corruzione o all'UPD;
- effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare l'obbligo di astensione;
- adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e del Codice Etico e di Comportamento dell'IZSVe.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSVe

Le disposizioni della presente Sezione trovano applicazione anche nei confronti di tutti gli altri soggetti che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'IZSVe. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSVe osservano le misure contenute nella presente Sezione, a segnalare le eventuali situazioni di illecito (art. 8 Codice di comportamento) di cui vengano a conoscenza e ad adempiere, per quanto compatibili, agli obblighi di condotta previsti nel Codice Etico e di Comportamento dell'IZSVe.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) partecipa al processo di gestione del rischio, considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti, svolge i compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art 44 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.) ed esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'IZSVe (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.).

L'Organismo Indipendente di Valutazione è chiamato a verificare:

- la coerenza tra gli obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza e in quella dedicata alla *performance* del PIAO, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1, co 8 bis Legge n. 190/12);
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT (art. 1, co. 14 Legge n. 190/12) e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre Sezioni.

Nell'ambito di tale attività di controllo, l'OIV si confronta sia con il RPCT – cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari – che con i dipendenti, anche attraverso lo svolgimento di audizioni (art. 1, co 8 bis Legge n. 190/12). Qualora dall'analisi emergano criticità e/o difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire i rimedi e gli aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività ed efficacia della strategia di prevenzione.

Unitamente ai soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati. (art. 44 d.lgs. 33/2013 e s.m.i.).

L'OIV riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 D.Lgs. n. 165/01); provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e collabora con il RPCT all'aggiornamento del Codice di Comportamento.

Il Responsabile dell'anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

La nomina del RASA concorre a rafforzare le misure organizzative di prevenzione della corruzione, dando garanzia di esatta corrispondenza dei dati aziendali presenti nella Banca dati Nazionali dei Contratti Pubblici (BDNCP).

Con DDG n. 13/2023 l'IZSVe ha nominato il dott. Stefano Affolati, Direttore della SCA2 Acquisti, Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato dell'inserimento e dell'aggiornamento dei dati e degli elementi identificativi della Stazione Appaltante nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Il Gestore delle segnalazioni sospette in materi di Antiriciclaggio

Con DDG n. 330/2022 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo, che definisce il percorso aziendale per l'individuazione di eventuali operazioni sospette e stabilisce le modalità con le quali le informazioni rilevanti devono essere individuate e trasmesse al soggetto aziendale (Gestore Aziendale) incaricato della loro valutazione e comunicazione alla IUF.

Con il medesimo provvedimento è stato altresì nominato il gestore aziendale delle segnalazioni sospette nella dott.ssa Sara Casarotto, Direttore della SCA3 Servizio Economico Finanziario, che ha la funzione di valutare e trasmettere le comunicazioni alla UIF ed a interloquire con la stessa UIF per tutte le comunicazioni e i relativi approfondimenti.

Il Servizio Ispettivo Aziendale

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie si è dotato di un Regolamento per la gestione delle attività del Servizio Ispettivo Aziendale approvato con delibera del Direttore Generale n. 470 del 21 ottobre 2016.
L'attività del Servizio Ispettivo è finalizzata, ai sensi della normativa vigente, all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di:

- incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno ed a tempo parziale,
- del corretto svolgimento di attività libero professionale, di consulenza e di consulti,
- all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi ed incarichi.

Con DDG n. 484 del 22 dicembre 2021 è stato rinnovato il Servizio Ispettivo, nella composizione nominata con DDG n. 122/2017.

2.3.5 RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONI

Responsabilità dell'Organo di indirizzo

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b) del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a € 10.000.
Al riguardo si rinvia anche al "*Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatori dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento"* (Delibera ANAC n. 437 del 12.05.2021) in cui sono identificate le fattispecie relative alla "omessa adozione" dei summenzionati documenti, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.

Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al RPCT sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento. In particolare:

- per omessa predisposizione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, salvo che il fatto costituisca reato, ANAC applica una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000,00 e non superiore nel massimo a euro 10.000,00;

- nei casi in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il RPCT non abbia predisposto la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO prima della commissione del fatto,

si configura un'ipotesi di responsabilità dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione (art. 1 comma 12 legge 190/12) " *salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

- *di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano (PTPCT)*
- *di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano"*

La sanzione disciplinare a carico del RPCT non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.

L'Art. 1, co. 14 della legge n. 190/2012 stabilisce altresì che "*in caso di ripetute violazione delle misure di prevenzione previste nel Piano, il RPCT risponde, ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. 165/2001 e s.m., nonchè per omesso controllo, sul piano disciplinare salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".* Fermo restando il regime di responsabilità in capo al RPCT, permane quindi la responsabilità di capo ai dirigenti per la mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

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

Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste nella presente Sezione del PIAO e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento costituisce illecito disciplinare (art. 1, co 14 L. 190/12 e s.m.i) alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.
La mancata o incompleta pubblicazione da parte dei responsabili dei servizi delle pubblicazioni previste dall'art. 1, commi 15,16,29 e 30 della Legge n. 190/12, comporta responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i..
La violazione dei doveri relativi all'attuazione della presente Sezione, è fonte di responsabilità disciplinare, nonché di responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di obblighi, leggi o regolamenti.

Provvedimenti nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale applicabile ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.
E' fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'ente, anche sotto il profilo reputazionale.

PARTE II

LA GESTIONE DEL RISCHIO

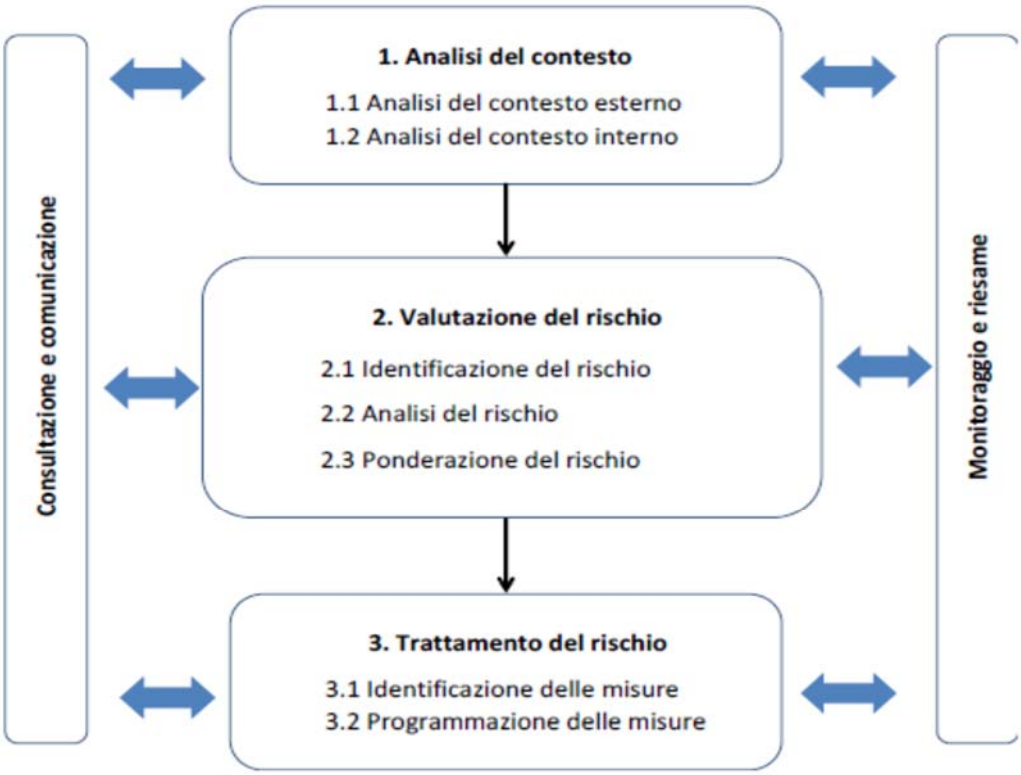
PREMESSA

La Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza "*rappresenta lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistemizza e descrive un processo – articolato in fasi tra lo collegate concettualmente e temporalmente – che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno*"

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato e attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento.
Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema). Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica di miglioramento, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Il processo di gestione dei rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella sottostante figura:

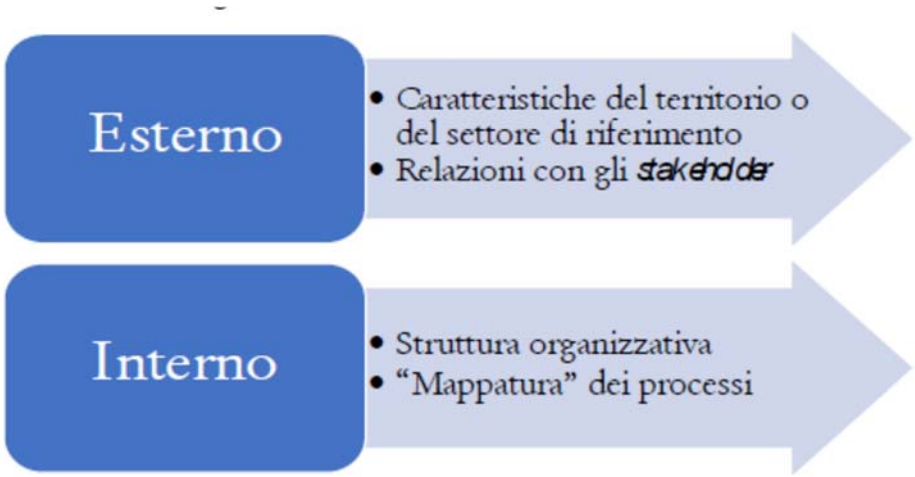


La gestione del rischio (c.d. *risk management*) comprende l'insieme di attività che consentono di dirigere, monitorare e controllare il livello di rischio cui un'organizzazione può essere soggetta. Il rischio viene considerato come un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi e una minaccia per l'efficacia e l''efficienza di un'iniziativa, di un processo, di un'organizzazione.

Nell'ambito del processo di elaborazione del presente Piano si è proceduto a realizzare un'applicazione dei principi previsti dalla norma ISO 31000:2010 e, in via sperimentale, di una serie di tecniche suggerite da tale norma.
A tal fine si precisa che per

- *Processo*: si intende un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è quindi più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica (vedi PNA allegato 1).
- *Rischio:* si intende un evento potenziale suscettibile di generare disfunzioni o irregolarità e, di conseguenza, influenzare negativamente il perseguimento degli obiettivi istituzionali;
- *evento* si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'IZSVe
- *Struttura di riferimento*: insieme dei soggetti che devono fornire le fondamenta e gli strumenti per progettare, attuare, monitorare , riesaminare e migliorare in modo continuo la gestione del rischio
- *Titolare del rischio*: persona o entità con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio
- "*valutazione del rischio*" si intende il processo di identificazione, analisi e ponderazione del rischio.
- "*trattamento del rischio*" si intende il processo per modificare il rischio ovvero l'attività di individuazione e valutazione delle misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

2.3.6 ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO



2.3.6.1 IL CONTESTO ESTERNO

Nel disegno normativo l'adozione delle misure di prevenzione non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto in cui opera l'Amministrazione.
L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche territoriali e settoriali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare e le influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione

potrebbe essere sottoposta, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

L'analisi del contesto esterno è stata elaborata attraverso l'utilizzo di dati oggettivi e soggettivi disponibili che tengono conto del contesto economico e sociale, della presenza di criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso e della commissione di reati contro la pubblica amministrazione (ad es. riciclaggio, corruzione, concussione, peculato..).

Aspetti legati alla sicurezza e legalità nel territorio di riferimento

Fermo restando quanto già sopra esposto nel contesto esterno generale, la presente trattazione è rivolta all'analisi degli elementi ritenuti utili e significativi alla gestione del rischio corruttivo.
Verrà, quindi, effettuata un'iniziale analisi sulla situazione territoriale di ogni singola Regione e Provincia di riferimento dell'attività dell'Istituto con digressioni in merito alla presenza di criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni al fine della verifica della loro incidenza per passare successivamente ad un'analisi più generale del fenomeno corruttivo, sempre con digressioni nei settori e aree geografiche di diretto interesse.
Valga, infatti, premettere che la tendenza all'inquinamento del tessuto economico imprenditoriale ed al condizionamento dei processi decisionali delle pubbliche amministrazioni, caratterizza tutte le maggiori organizzazioni malavitose e coinvolge gran parte dei settori, dalle costruzioni all'agroalimentare, dalla ristorazione alla sanità, tutti comparti di rilevanza strategica. La criminalità organizzata ha, infatti, dimostrato negli ultimi anni di perseguire due obiettivi: mantenere la presa sulle aree di radicamento storico attraverso il controllo del territorio e l'assoggettamento delle attività economiche; infiltrarsi, al di fuori della regione di origine, nel tessuto economico finanziario attraverso gli strumenti della corruzione e dell'intimidazione finalizzati all'ingerenza negli appalti e nelle sovvenzioni pubbliche ed europee.
(FONTI: XVIII Legislatura – Disegni di legge e relazioni – documenti – Doc. XXXVIII N. 5).

Regione del Veneto

Il territorio regionale del Veneto è caratterizzato da una ricchissima e variegata realtà economica favorita da un sistema infrastrutturale funzionale ad uno sviluppo imprenditoriale efficiente, oggetto di una costante azione di ampliamento e ammodernamento. Geograficamente situato in prossimità di aree di confine, il Veneto, vanta un'area economica altamente produttiva, caratterizzata dalla presenza di numerose realtà industriali, per lo più manifatturiere e di imprese impegnate nel settore turistico-alberghiero.
L'economia regionale, nonostante la forte frenata del PIL determinata dal biennio pandemico e l'elevata incertezza causata dalle tensioni geopolitiche e dai forti rincari delle materie prime, in particolar modo quelle energetiche, ha visto una crescita in tutti i settori.
La dotazione infrastrutturale e logistica della Regione risulta più sviluppata dell'intero Nord Est e, oltre a contemplare il porto di Venezia e i due maggiori interporti italiani (Padova e Verona), è interessata dalle Grandi Opere della superstrada Pedemontana Veneta – destinata a favorire lo sviluppo commerciale di aree produttive a margine delle grandi vie di comunicazione e ad alimentare nuovi investimenti - e la nuova linea *"Alta Capacità/Alta Velocità"* Verona-Padova, parte della più ampia infrastruttura di collegamento Venezia-Torino.
Particolare attenzione meritano anche i prossimi Giochi olimpici e Paraolimpici di Milano e Cortina del 2026, la cui organizzazione richiede un notevole impiego di risorse rientranti nel PNRR che se, da un lato costituisce un'opportunità di ulteriore sviluppo economico per il territorio, dall'altro potrebbe rappresentare elemento di forte attrattiva per le organizzazioni criminali.
Un bacino di interessi economici così importante connotato da una ricchezza territoriale che pone il Veneto ai primi posti per PIL e reddito medio a livello nazionale, può, quindi, rappresentare terreno fertile per la criminalità mafiosa e affaristica allo scopo di estendere i propri interessi e infiltrarsi nei canali dell'economia legale tanto attraverso complesse attività di riciclaggio e reimpiego di capitali illecitamente accumulati, quanto nella gestione delle risorse pubbliche.
Numerose investigazioni hanno, infatti, dimostrato nel corso degli anni che il territorio è stato infiltrato da esponenti dell' *'ndrangheta*, di *cosa nostra* e *camorra,* della criminalità campana e di quella pugliese.
Costante risulta, altresì, l'interesse della criminalità, anche al di fuori dall'ambito mafioso, nel perseguire l'infiltrazione del tessuto economico-produttivo soprattutto attraverso la commissione di reati economico-finanziari e di truffe finalizzate all'indebito ottenimento di contributi pubblici.
Trascorse attività investigative hanno documentato tentativi di infiltrazione criminale nei settori della Pubblica Amministrazione nonché la commissione di reati quali la turbativa d'asta e la truffa aggravata nei confronti dello Stato. Hanno, inoltre, documentato

una particolare attenzione della criminalità ai profitti derivati dall'economia ambientale soprattutto per quanto riguarda il traffico illegale di rifiuti, soprattutto di natura speciale.

- Città metropolitana di Venezia. E' noto come la provincia di Venezia, territorio fortemente industrializzato e in ripresa economica, attragga costantemente gli interessi delle organizzazioni criminali non solo autoctone ma soprattutto provenienti dal sud Italia e dall'estero che, allettate da un territorio vivace e produttivo, tentano di intercettare nuovi business. Nel tempo, le indagini hanno documentato la presenza a Venezia e nell''*hinterland* della criminalità calabrese che agiva, nella provincia veneziana, per acquisire aziende in crisi tramite usura ed estorsioni.
- Pregresse attività d'indagine hanno documentato, inoltre, la presenza nel territorio veneziano e in altre province venete di sodalizi stranieri.
- Provincia di Belluno. Non si registra la presenza di consorterie vicine ad ambienti mafiosi, ma resta, comunque, alta l'attenzione posta nell'attività di prevenzione dei relativi tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata. Al riguardo, si rammenta che la provincia sarà interessata dai Giochi Olimpici e Paraolimpici di Milano e Cortina d'Ampezzo 2026. Le Olimpiadi invernali rappresentano un appuntamento rilevante, non solo dal punto di vista mediatico ma anche sotto il profilo economico-finanziario, in considerazione dell'avvio di nuovi cantieri per la realizzazione di opere infrastrutturali che potrebbero rappresentare un momento di criticità, per l'eventuale interesse delle consorterie criminali a inserirsi nelle procedure di assegnazione delle gare.
- Provincia di Padova. La Provincia di Padova rappresenta un polo industriale tra i più grandi d'Europa, sede di numerose aziende multinazionali di spessore. In tali ambiti spesso si assiste all'operatività di organizzazioni criminali, anche al di fuori di contesti mafiosi, votate alla commissione di svariati reati economico-finanziari: dalle "truffe" di rilevanza nazionale - perpetrate tramite l'indebita percezione di finanziamenti pubblici - all'intestazione fittizia di beni e alla falsa documentazione contabile e amministrativa. In un territorio economicamente fiorente, come quello euganeo, costante deve essere, quindi, il monitoraggio di tutte quelle realtà economiche a serio rischio di infiltrazione mafiosa. Nell'ultimo periodo, la provincia è stata destinataria di ingenti investimenti e finanziamenti per la realizzazione del progetto ferroviario *"Alta Capacità/Alta Velocità"* Verona – Padova (parte integrante della più ampia infrastruttura di collegamento Venezia – Torino), verosimilmente degni dell'interesse mafioso. Da anni, infatti, si registra la presenza di soggetti vicini e/o affiliati alla *'ndrangheta* e a *cosa nostra.*
- Nel territorio si segnala anche la presenza di sodalizi di matrice straniera attivi soprattutto nel settore dello spaccio di stupefacenti.
- Provincia di Rovigo. Nella Provincia non si registrano stabili presenze di soggetti affiliati o vicini a organizzazioni criminali di tipo mafioso. L'economia provinciale è, infatti, basata essenzialmente sull'agricoltura, settore che risulta meno appetibile in questo contesto per gli interessi di tali strutture criminali. Si registrano, invece, episodi delittuosi, anche di natura economico-finanziaria, commessi dalla c.d. "criminalità comune". Anche il territorio rodigino annovera l'insediamento di sodalizi stranieri attivi, per lo più, nel traffico di stupefacenti, nei furti in abitazione e nella commissione di illeciti economico-finanziari.
- Provincia di Treviso. La Provincia di Treviso non sembrerebbe caratterizzata da una presenza stabile di tipiche organizzazioni criminose; tuttavia, pregresse indagini hanno consentito di documentare interessi criminali di soggetti calabresi. Nel territorio trevigiano si riscontra, infine, la presenza di sodalizi di matrice straniera attivi soprattutto nel traffico di droga, nello sfruttamento del lavoro e del caporalato.
- Provincia di Verona. Il contesto territoriale della Provincia di Verona risulta caratterizzato da un'elevata industrializzazione e da una diffusa imprenditoria che generano importanti flussi di denaro, condizioni particolarmente appetibili per le infiltrazioni della criminalità organizzata presente sul territorio. Le risultanze giudiziarie e delle attività di prevenzione convergono nell'indicare il veronese come un'ormai storica area di insediamento di gruppi familiari collegati a organizzazioni prevalentemente di matrice *'ndranghetista*. A Verona non sono stati riscontrati eventi riconducibili alla criminalità siciliana mentre pregresse attività investigative hanno acclarato l'insediamento nella provincia, di una "cellula" mafiosa della criminalità organizzata pugliese Anche a Verona è stata riscontrata la presenza di sodalizi criminali stranieri coinvolti in svariati reati: dall'immigrazione clandestina al traffico di stupefacenti.
- Provincia di Vicenza. La Provincia di Vicenza è caratterizzata da una florida condizione economica, basata sulla lavorazione dell'oro, delle pelli e dei tessuti, nonché sulla presenza di attività turistico-ricettive. Nella Provincia vicentina non si evidenziano presenze stabili di organizzazioni criminali anche se nel corso degli anni attività di indagine hanno fatto emergere l'operatività, anche in questo territorio, di sodalizi *'ndranghetisti.* Recenti indagini hanno riscontrato la presenza nel territorio vicentino di alcuni soggetti appartenenti a un'associazione a delinquere finalizzata al riciclaggio, autoriciclaggio, trasferimento fraudolento di valori, appropriazione indebita, ed estorsioni. A Vicenza ricorrenti sono risultate le violazioni in materia tributaria connesse al commercio di prodotti petroliferi.

(FONTI: Relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia – 1° e 2° semestre 2022).

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, collocata al confine nazionale con Austria e Slovenia e con ampio sbocco sul mare, è caratterizzata da una fitta rete imprenditoriale e da anni è destinataria di importanti investimenti per la realizzazione di grandi opere quali l'ampliamento dell'autostrada A4 e dello scalo marittimo di Trieste.
Tali ingenti investimenti unitamente nonché i fondi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per la Regione, potrebbero rappresentare una forte attrattiva per le organizzazioni criminali da sempre inclini ad estendere i propri interessi illeciti in settori economicamente appetibili del nord Italia. Nel secondo semestre del 2022 la Regione ha, infatti, visto un'economia in costante crescita.
La necessità di contrastare il fenomeno mafioso attraverso un'efficace attività di prevenzione si è tradotta nell'istituzione nel 2017 di un *Osservatorio Regionale Antimafia* con funzioni di monitoraggio, studio e ricerca.
Nonostante la costante azione preventiva e repressiva, le investigazioni nel tempo hanno messo in luce l'esistenza di proiezioni sul territorio regionale delle *"mafie tradizionali"* riconducibili, soprattutto, alla *'ndrangheta",* a *cosa nostra*, alla *camorra* nonché a sodalizi criminali pugliesi presenti soprattutto nel settore edile estrattivo e del trasporto per conto terzi.

- Provincia di Trieste. Nel capoluogo permane costante l'attività di monitoraggio dei fondi derivanti dal PNRR al fine del lecito utilizzo degli stessi e per scongiurare l'infiltrazione delle consorterie malavitose sempre pronte a commettere rilevanti frodi economico-finanziarie, con successive operazioni di impiego e reinvestimento dei capitali illecitamente accumulati. Riguardo alla presenza nel territorio di associazioni criminali di tipo mafioso, recenti indagini investigative non hanno dimostrato la loro attuale operatività anche se pregresse attività di indagine hanno, rilevato l'esistenza di taluni sodalizi, segnatamente campani. Sono, tuttavia, in aumento i reati di natura predatoria, anche con connotazioni transnazionali, contro il patrimonio e di frode. La città di Trieste rappresenta, infatti, un importante scalo ferroviario e portuale europeo. Essa, data la "strategica" posizione geografica, si colloca quale privilegiato punto di accesso, in Europa occidentale, della nota rotta balcanica, notoriamente utilizzata nel traffico di stupefacenti Numerose sono poi le evidenze investigative che hanno appurato, nel corso degli anni, la presenza di sodalizi stranieri attivi nel lucroso "mercato" dell'immigrazione clandestina.
- Province del restante territorio regionale. Anche nel restante territorio regionale significativa è l'azione di prevenzione volta al contrasto delle infiltrazioni mafiose soprattutto nel settore degli appalti pubblici. Azione condotta costantemente mediante il monitoraggio di imprese coinvolte nella realizzazione di lavori pubblici e di tutte quelle forme di investimento e sviluppo, compresi i fondi derivanti dal PNRR, che potrebbero costituire fonte appetibile per le ingerenze della criminalità organizzata. Pregresse attività investigative hanno, infatti, consentito di riscontrare l'operatività di organizzazioni criminali differenti quali quella campana e pugliese. Anche nelle restanti province regionali si evidenziano presenze di soggetti appartenenti a organizzazioni criminali di matrice straniera dedite soprattutto allo sfruttamento della prostituzione, al traffico di stupefacenti, alla commissione di reati predatori nonché a vere e proprie truffe.

(FONTI: Relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia – 1° e 2° semestre 2022).

Trentino Alto Adige

Il Trentino Alto-Adige, confinante con Svizzera e Austria, presenta un paesaggio culturale diviso in due parti ben definite: la provincia di Trento di matrice italiana e la provincia di Bolzano di matrice tedesca. Esse sono però unite dalla comune morfologia alpina e dalla presenza di una delle principali vie di comunicazione tra l'Europa centrale e l'Europa mediterranea.
Il tessuto economico locale, caratterizzato da una forte espansione verso il settore primario e terziario, ha i suoi punti di forza nel turismo e nel settore agroalimentare e, anche grazie alle politiche economiche e di sostegno adottate dall'Amministrazione provinciale, risulta essere un contesto favorevole agli investimenti e alla produzione. I settori in parola sono caratterizzati da microimprese che costituiscono il 20% del totale produttivo con forte incidenza di quelle a conduzione familiare.
La Regione Trentino Alto-Adige è una delle regioni italiane più ricche in termini di PIL, nonché quella con il tasso di disoccupazione più basso d'Italia. L'andamento del quadro economico-produttivo, dopo una prima battuta d'arresto dovuta alla pandemia, è in una fase di netta ripresa. La posizione geografica strategica, il tessuto economico vivace ed aperto agli investimenti nel settore primario come nei servizi, l'importante piano di investimenti promosso nell'ambito del PNRR, rendono questa Regione particolarmente sensibile ai tentativi di aggressione da parte di formazioni criminali pronte ad infiltrarsi nei canali dell'economia reale sia tramite considerevoli operazioni di riciclaggio sia mediante l'inserimento nella procedure di gara per l'aggiudicazione degli appalti.
Tale rischio è suffragato dagli esiti delle operazioni di polizia giudiziaria concluse negli ultimo anni che hanno evidenziato la presenza, ormai consolidata nel territorio, di elementi riconducibili a organizzazioni di tipo mafioso quali l''*ndrangheta* e la *camorra*.

Nella Regione permane, inoltre, lo stabile stanziamento di sodalizi delinquenziali di matrice straniera attivi nella commissione dei più comuni reati predatori, nel traffico e nello spaccio di droga, nel contrabbando di sigarette e nel favoreggiamento dell'immigrazione clandestina.

- **Provincia autonoma di Trento**. Il tessuto economico della Provincia di Trento non è immune a forme di ingerenza da parte delle organizzazioni criminali di tipo mafioso, sebbene perpetrate con modalità di penetrazione sociale e forme di controllo del territorio meno evidenti di quelle che hanno afflitto nel tempo altre realtà della Penisola. Al di fuori delle aree d'origine e in contesti territoriali particolarmente floridi come quello del Trentino, le mafie sono pronte a cogliere sempre nuove opportunità di business utili a riciclare e reinvestire i loro capitali illeciti. Le risultanze investigative del recente passato hanno documentato l'esistenza nella provincia dell' *'ndrangheta*. In considerazione della particolare posizione geografica, zona di transito dei flussi di persone e mezzi verso il nord Europa, il territorio della provincia ben si presta al traffico di stupefacenti, che ancora oggi, rappresenta uno dei principali business criminali.
- **Provincia autonoma di Bolzano.** Anche Bolzano, importante polo industriale e centro del settore terziario, suscita da sempre l'interesse per quelle formazioni criminali maggiormente attive a insinuarsi nei settori economico-finanziari, mediante il controllo degli appalti e la commissione di truffe finalizzate all'indebita percezione dei contributi pubblici. Nel recente passato, in Alto-Adige è stata registrata la stabile operatività di calabresi collegati alla *'ndrina*. La provincia Autonoma di Bolzano, essendo collocata al confine con l'Austria e la Svizzera e, tramite il passo del Brennero, rappresenta una delle primarie porte d'accesso all'Europa. Tale condizione attrae le organizzazioni criminali, sia di carattere nazionale che transnazionale dedite, soprattutto, al traffico di stupefacenti.

(FONTI: Relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia – 1° e 2° semestre 2022).

Date le premesse territoriali si può ora procedere ad un'analisi più puntuale dei dati disponibili in materia di sicurezza e criminalità.
Il Rapporto Bes 2022 elaborato dall'ISTAT rileva come gli omicidi ed i reati predatori (furti in abitazione, borseggi e rapine), che nel primo anno di pandemia avevano toccato i valori più bassi di tutta la serie storica per le misure restrittive alla mobilità ed ai contatti sociali, nel 2021 sono tornati a registrare una lieve crescita, proseguita anche nel 2022 per i reati predatori. Nonostante questa crescita, gli indicatori sui reati rimangono al di sotto dei valori pre-pandemia, ad eccezione delle rapine il cui valore è tornato sui livelli registrati nel 2019.

Tale *trend* migliorativo sembra, aver influenzato anche il settore della corruzione per tale intendendosi quelle condotte più o meno lecite legate alla generica infedeltà del dipendente pubblico e all'abuso della sua posizione a danno del sistema.
Nell'ultimo anno l'Italia è, infatti, ancora migliorata nella classifica di *Transarency International*: secondo i dati dell'indice della percezione della corruzione 2022, diffusi il 31 gennaio 2023, l'Italia si colloca al 41° posto su una classifica di 180 Paesi (l'anno scorso occupava il 42° posto) con il punteggio di 56/100 che, tuttavia, resta al di sotto della media UE attestata su 64.
Tale rilevazione si basa, tuttavia, su indice di percezione che è influenzato da fattori – non quantificabili – di valutazione soggettiva.
Per tale motivo il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale della Polizia Criminale ha analizzato i delitti legati al fenomeno corruttivo – per tali intendendosi quelli ricompresi tra i delitti contro la Pubblica Amministrazione contemplati nel Titolo II del Libro II del Codice penale e che riguardano gli illeciti che incidono negativamente sulle attività dello Stati e degli Enti Pubblici – nel periodo dal 2004 al 2022.

Nella tabella che segue è rappresentato il fenomeno con riferimenti ai più significativi reati con la Pubblica Amministrazione accorpando le fattispecie in quattro macro-categorie:

- **Concussione**: artt. 317 e 319 *quater* c.p.;
- **Reati corruttivi**: artt. 318, 319 ter, 320, 321, 322 e 346 *bis* c.p.;
- **Peculato**: artt. 314 e 316 c.p.;
- **Abuso d'ufficio**: art. 323 c.p..

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	% (*)
Concussione	138	115	86	130	145	140	146	130	168	161	144	109	119	104	84	89	97	67	54	-60,9
Reati corruttivi	414	359	361	386	463	460	382	430	433	402	350	468	412	444	328	388	327	282	230	-44,4
Peculato	291	290	258	292	296	371	438	377	500	466	429	378	389	377	356	468	278	297	227	-22
Abuso d'ufficio	1016	1051	935	1097	1168	1099	1193	1196	1259	1144	1254	1179	1177	1106	1063	1009	1365	1157	898	-11,6

(*) Var % 2004-2022
(FONTE: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale – Servizio Analisi Criminale –I REATI CORRUTTIVI – Marzo 2023)

Dai dati sopra rappresentati emerge come, per le suddette quattro macro categorie il confronto dei dati nazionali evidenzi, tra il 2004 ed il 2022 delle riduzioni significative.
In Italia, nel triennio che va dall'1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2022, rapportando i reati sopra considerati alla popolazione residente, si ottiene un valore medio nazionale di 9,41 eventi per 100 mila abitanti (nel 2021 il valore era di 10,03).
In particolare, se si considerano complessivamente i reati oggetto di analisi, emerge una prevalente distribuzione del fenomeno nelle regioni tirreniche sud-occidentali, con spiccata prevalenza di eventi in alcuni capoluoghi (Milano, Torino, Napoli, Palermo e Bari) e, soprattutto, nella città metropolitana di Roma.

Le Regioni di interesse dell'Istituto Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige restano, invece, ben sotto la media nazionale.

REGIONE	Reati Comm per 100K Res
BASILICATA	24,342
MOLISE	23,45
CALABRIA	22,07
LAZIO	14,28
CAMPANIA	12,98
PUGLIA	12,81
ABRUZZO	12,44
SICILIA	12,18
UMBRIA	10,81
MEDIA NAZIONALE	9,41
SARDEGNA	7,64
EMILIA ROMAGNA	7,17
MARCHE	6,26
TOSCANA	6,00
FRIULI-VENEZIA GIULIA	5,83
TRENTINO-ALTO ADIGE	5,74
PIEMONTE	6,07
VENETO	5,69
LIGURIA	5,69
LOMBARDIA	5,32
VALLE D'AOSTA	4,68

(FONTE: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale – Servizio Analisi Criminale –I REATI CORRUTTIVI – Marzo 2023)

La tendenza alla riduzione di tale tipologia di reati nel lungo periodo è confermata anche dai dati contenuti nella relazione di inaugurazione dell'anno giudiziario 2023 del Presidente della Corte di Appello di Venezia dove si precisa che, in base ai dati offerte dai registri delle procure venete, i reati contro la PA risultano in calo del 5% come anche i reati legati alla criminalità organizzata (-13%), ai reati economici ed informatici (-17% e – 14%) ed ai reati tributari (-22%).

Uno dei settori che si conferma più a rischio è quello legato agli appalti pubblici. L'esperienza investigativa maturata negli anni ha evidenziato che le imprese mafiose tenterebbero l'inquinamenti delle procedure di gara pubbliche già dalle fasi di programmazione, progettazione e stesura dei bandi mediante forme di connivenza con i funzionari pubblici. Laddove tale strada non risulti percorribile, i gruppo criminali sono soliti attivare forme di pressione estorsiva nei confronti delle aziende affidatarie dell'appalto costringendole alla cessione dei servizi connessi ad aziende affiliate. Non mancano, infine, episodi, in cui sodalizi criminali avrebbero stretto accordi volti ad effettuare una rotazione di fatto nell'affidamento degli appalti pubblici tra le imprese affiliate, ottenute con offerte pilotate al maggior ribasso.
Tale mutevole quadro operandi, rende ancor più necessaria un'azione preventiva e di monitoraggio degli appalti e dei finanziamenti legati al PNRR ed al PNA la cui entità suscita l'interesse delle organizzazioni criminali, comprese quelle mafiose, con il conseguente innalzamento del rischio d'inquinamento dell'economia lecita.
(FONTI: Relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia – 1° e 2° semestre 2022).

***

Oltre ai reati contro la pubblica amministrazione, altro fenomeno criminale di rilievo per l'area operativa dell'Istituto è quello agroalimentare.
Il comparto agroalimentare è divenuto nel corso degli anni sempre più un settore di fondamentale importanza per l'economia del nostro Paese, sia per quanto riguarda il contributo alla formazione della ricchezza nazionale, che per i livelli occupazionali che garantisce e le dimensioni economiche del commercio internazionale che genera.
Basti pensare che il PIL del comparto costituisce circa un quarto del prodotto interno lordo italiano, il numero degli occupati raggiunge 1,4 milioni e le esportazioni si avviano a superare la soglia dei 60 miliardi di euro, mostrando un trend in continua crescita.
Nell'anno 2022 I controlli antifrode sono stati 56.505, di cui 44.821 ispettivi e 11.684 analitici. Gli operatori verificati sono stati 30.001 e i prodotti controllati 55.735.
Sul fronte sanzionatorio, nel corso del 2022 vi sono state 134 notizie di reato e 5.139 contestazioni amministrative. Ad esse si aggiungono 4.424 diffide emesse nei confronti degli operatori del settore con 27,6 milioni di kg di merce sequestrata per un valore dei sequestri di oltre 32,7 milioni di euro mentre 451 sono stati gli interventi fuori dei confini nazionali e sul *web* a tutela delle Indicazioni Geografiche.
I controlli hanno riguardato per oltre il 90% i prodotti alimentari e per il circa il 10% i mezzi tecnici per l'agricoltura (mangimi, fertilizzanti, sementi, prodotti fitosanitari).
Sono state, inoltre, emesse 1.846 ordinanze ingiunzioni di pagamento, per un importo di oltre 12,6 milioni di euro.
L'anno 2022 è stato caratterizzato da una difficile congiuntura economica che ha fatto registrare un forte aumento dei prezzi lungo le differenti filiere del comparto agroalimentare che, pur mostrando una particolare resilienza rispetto ad altri settori produttivi, ha risentito in misura rilevante dei residui effetti della pandemia e, soprattutto, dello scoppio del conflitto bellico, tuttora in corso
Dall'attività di controllo effettuata, sono emerse alcune attività di indagine che hanno riguardo parte del territorio di riferimento dell'IZSVe (esercizi di ristorazione e macellerie in Veneto e Friuli Venezia Giulia).
(FONTE: Dipartimento dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e della repressione frodi prodotti agroalimentari – ICQEF Report attività 2022).

2.3.6.2 IL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto organizzativo interno è utile a evidenziare il sistema delle responsabilità e il livello di complessità connesso alla dimensione organizzativa dell'IZSVe in relazione alle attività svolte.
Le analisi sulle funzioni, sull'articolazione organizzativa e sui dati dimensionali che caratterizzano l'IZSVe sono riportate nella Sezione Anagrafica e nella Sezione III Organizzazione e Capitale Umano alle quali si rinvia.

Nel considerare gli aspetti emergenti nell'analisi del contesto interno che possono consentire il contrasto dell'emergenza di fenomeni corruttivi, assumono una funzione importante i seguenti:
- chiara definizione di ruoli e responsabilità;
- presenza di strumenti di programmazione che siano coerenti con l'obiettivo di contrasto alla corruzione, valorizzando anche la cultura dell'etica (Piano delle performance, bilancio, carta dei servizi, piano formativo aziendale ecc…);
- regolamentazione aziendale che disciplini le varie procedure/processi aziendali interni per comprimere margini di discrezionalità troppo ampi e standardizzare metodologie organizzative;
- attività e strumenti di controllo, dati relativi al contenzioso e alle richieste di accesso pervenute nonché la situazione economico patrimoniale dell'Ente;
- adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità;
- l'attività di mappatura dei processi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Il risultato di tale mappatura è contenuto nell'allegato alla presente Sezione.

Per l'analisi del contesto interno, con particolare riferimento all'articolazione organizzativa, ruoli e responsabilità e sui dati dimensionali si vedano la Sezione I e la Sezione III Organizzazione e Capitale Umano.

➢ *Regolamentazione aziendale*

L'IZSVe ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini.

In particolare, l'IZSVe si è dotato nel tempo di presidi organizzativi finalizzati a circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali l'informatizzazione dei processi e dei procedimenti, la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici

preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema qualità. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo-contabile da parte del Collegio dei Revisori.

Tali presidi, di ordine organizzativo e procedurale, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito dell'IZSVe. Costituiscono a pieno titolo misure preventive, ai fini della presente Sezione, i documenti pubblicati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/atti.xml con particolare riferimenti a quelli approvati nel corso dell'ultimo biennio di seguito indicati:

- Regolamento per la disciplina del lavoro agile per il personale dipendente dell`IZSVe (DDG n. 110 del 31 marzo 2022);
- Modifiche al ``*Regolamento per l`acquisizione di forniture di beni e servizi di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria*``, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 196/2016 e successivamente modificato con Delibere del Direttore Generale n. 320/2017, n. 416/2019 e n. 89/2021 (DDG n. 137 del 22.04.2022);
- Modifiche al Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e relative dotazioni organiche (DDG n. 14 del 16 settembre 2022)
- Manuale di Conservazione - Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (DDG n. 265 del 25 agosto 2022);
- Regolamento Informatico - Regolamento per l`utilizzo delle risorse informatiche dell`Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie Rev. 3 (DDG n. 268 del 2 settembre 2022);
- Regolamento per la disciplina della mobilità del personale del comparto all'interno delle strutture dell'IZSVE (DDG n. 322 del 26 ottobre 2022);
- Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo e nomina del gestore delle segnalazioni sospette (DDG n. 330 del 26 dicembre 2022);
- Regolamento del servizio di cassa economale – modifiche (DDG n. 402 del 21 dicembre 2022);
- Regolamento delle carte di credito - modifiche ed integrazioni (DDG n. 427 del 28 dicembre 2022)
- Regolamento dei beni patrimoniali – modificazioni (DDG n. 429 del 29 dicembre 2022)
- Regolamento per la graduazione, il conferimento, la revoca e la valutazione degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e professionale del CCNL 02.11.2022 relativo al personale del comparto sanità (DDG n. 320 del 18 ottobre 023)
- Sistema qualità: procedure gestionali, istruzioni operative ecc.

Tale elenco sicuramente non è esaustivo di tutti i Regolamento e le procedure operanti in Istituto.

➢ Attività e strumenti di controllo

La funzione di controllo fa parte dell'attività ordinaria dell'Ente tesa ad assicurare che i servizi siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico.

Lo strumento del "**Controllo di gestione**" è finalizzato a verificare l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei processi produttivi (sanitari e amministrativi) dell'Istituto. Nell'ambito dell'Istituto questo compito è affidato all'UO Controllo di gestione.
In particolare, la struttura U.O. Controllo di gestione supporta il processo decisionale della Direzione e dei responsabili di Struttura, ai fini del raggiungimento degli obiettivi dell'Istituto, fornendo dati, informazioni ed analisi sull'andamento complessivo e di dettaglio dell'attività dell'Istituto, attraverso opportuni indicatori di risultato, sviluppa e mantiene il sistema di contabilità analitica, strumenti di monitoraggio e controllo gestendo l'apposito sistema informativo e di reporting.

Rappresentano ulteriori sistemi di controllo:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile da parte del Collegio dei Revisori la cui disciplina trova fondamento nel d.lgs. 30.06.2011 n. 123 "*Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'art. 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196*" le cui competenze sono individuate dall'art. 17 dell'Accordo;
- il parere tecnico del Direttore Sanitario nei provvedimenti del Direttore Generale (DDG);
- il parere di legittimità del Direttore Amministrativo nei provvedimenti del Direttore Generale (DDG)
- la misurazione e valutazione della performance e la valutazione dei dirigenti svolte dall'OIV;
- il Servizio Ispettivo, nominato con DDG n. 122 del 28.3.2017;
- la gestione e sviluppo del sistema qualità attraverso l'UO Qualità;
- la vigilanza ed il controllo sugli organi e sull'attività dell'Istituto esercitate di concerto fra la Giunta regionale del Veneto, del Friuli Venezia Giulia e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge, per i progetti di ricerca, vi sono i controlli di vigilanza esterna di seguito evidenziati:

- audit di 1° livello da parte di un revisore esterno abilitato a questa tipologia di audit per i progetti europei che superano la soglia di € 375.000 di contributo; trattasi di controllo su tutte le spese sostenute;
- audit di 2° livello anche da parte della Commissione europea o suo delegato per i progetti europei che superano la soglia di €. 375.000, volti ad appurare che i costi sostenuti siano corretti, attuali ed eleggibili secondo le regole stabilite;
- controlli ministeriali: per alcuni progetti incentrati ad appurare la correttezza delle spese rendicontate;
- controlli da parte di AVEPA: per i progetti finanziati da AVEPA è previsto un controllo contabile/finanziario a seguito della rendicontazione finale;

In tutte le sopra indicate ipotesi l'accertamento può avere ad oggetto anche la parte scientifica, appurando l'effettiva realizzazione dell'attività, magari anche con visite presso i laboratori o nei luoghi interessati dalla ricerca (stalle, allevamenti, ecc). In questo caso viene direttamente coinvolto il responsabile scientifico.

Si segnala infine il ruolo dei *referee* per le ricerche correnti. Infatti per le RC l'IZSVe ha scelto di avvalersi di *valutatori* esterni all'Ente che esaminano i contenuti dei progetti da presentare al Ministero, con relativa assegnazione di un punteggio legato a particolari criteri attinenti esclusivamente alla parte scientifica.

- Dati relativi al contenzioso

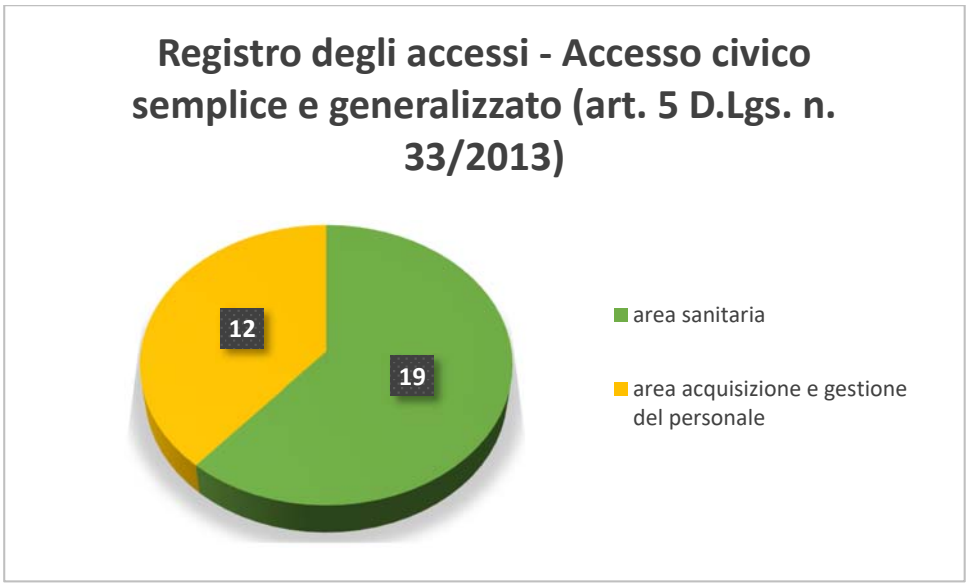
Al fine di comprendere alcuni ambiti di potenziale criticità possono essere considerati i dati relativi al contenzioso, ai procedimenti etici ed alle richieste di accesso pervenute.

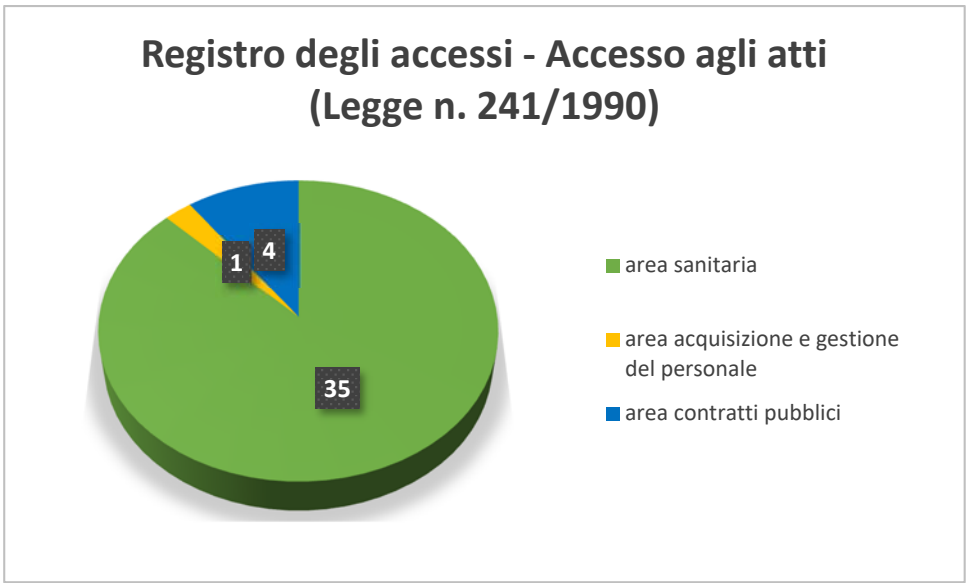
Tipologia	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ricorsi in materia di affidamento contratti pubblici	0	1	1 (*)
Ricorsi in materia di procedure selettive del personale	0	0	0
Ricorsi in materia di gestione del personale	4	0	3
Procedimenti di responsabilità amministrativo contabile dinanzi alla Corte dei Conti	0		0
Sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di citazione a giudizio riguardanti reati contro la PA	0	0	0
Procedimenti disciplinari per violazione del Codice etico e di comportamento	2	0	0
Procedimenti disciplinari per eventi corruttivi	0	0	0
Segnalazioni di illeciti prevenute attraverso la piattaforma di segnalazione	0	0	0

- (*) *E' quello del 2022 non ancora deciso con sentenza in primo grado*

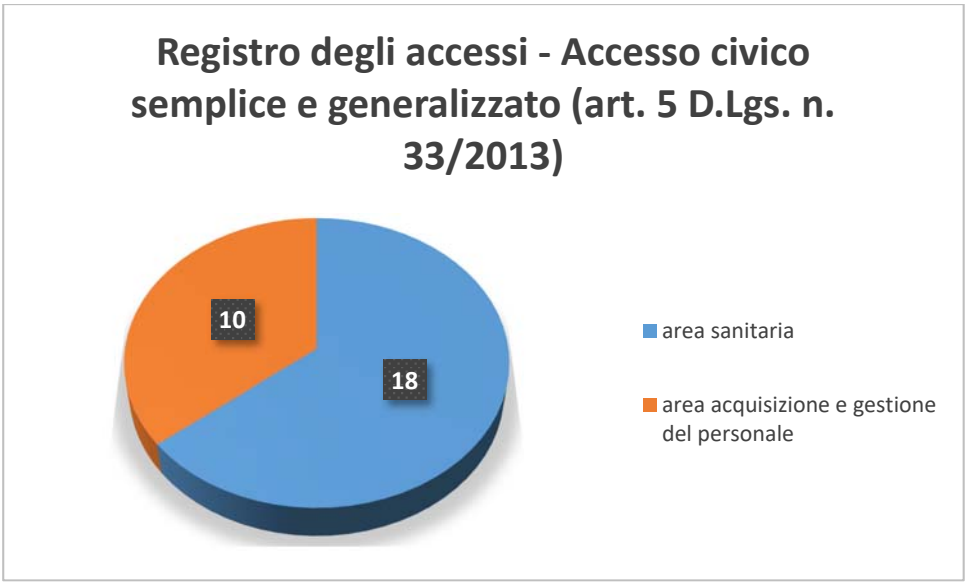
- Dati relativi alle richieste di accesso pervenute

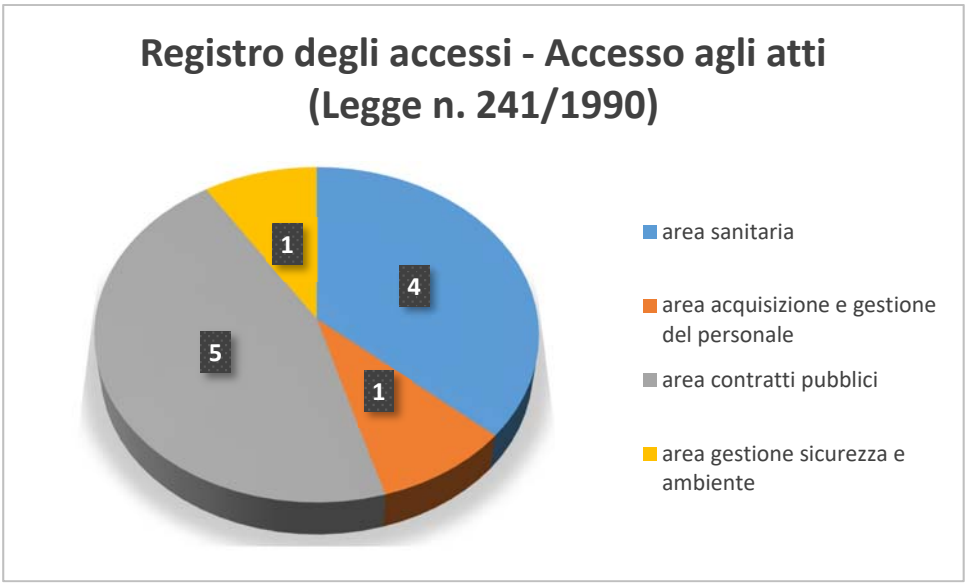
ANNO 2022





ANNO 2023





- Risorse Finanziarie dell'IZSVe – la situazione economica e patrimoniale

Per quanto concerne la situazione economica va esaminato il risultato economico dal 2018 al 2022 che si presenta come segue:

RISULTATO ECONOMICO

2018	2019	2020	2021	2022
91.712	109.203	181.608	27.126	-811.623

Pertanto si evince il trend in calo fino alla perdita del 2022 determinata da fattori esogeni ad un'oculata gestione dell'Istituto, quali l'aumento esorbitante dei costi energetici avvenuti nell'anno, che hanno di fatto assorbito interamente, ed oltre, quanto ristorato per i costi già sostenuti negli esercizi pregressi dovuti agli incrementi contrattuali, (delibera CIPE 8 febbraio 2023, pubblicata in GU 68 del 21 marzo 2023). Di fatto tale contributo, destinato al riequilibrio di costi già sostenuti e con competenza 2019-2021 è stato completamente utilizzato per sostenere i maggiori prezzi energetici, vanificando il percorso intrapreso di efficientamento nel presidio dei costi di produzione ulteriormente messi in campo nel corso dell'anno 2021 e rafforzati nel presente esercizio.

Inoltre tale situazione si può evincere mettendo a confronto il valore della produzione con i costi della produzione come di seguito:

	2018	2019	2020	2021	2022	Diff. 2022/2021
Valore della produzione	44.581.549	45.723.683	47.194.063	49.726.648	50.951.367	1.224.719
Costi della produzione	43.130.402	44.073.505	45.251.457	49.385.375	52.165.146	2.779.771

Come si può vedere mettendo a confronto il 2022 con il 2021 si è verificato un aumento notevole dei costi rispetto al valore della produzione per effetto dei rincari delle utenze, nel 2022, rispetto al 2021, la spesa per energia elettrica è aumentata del 88,34% (effetto aumento prezzi per situazioni esterne). Si noti, in particolare, il prezzo di dicembre 2021 (0,45) e il prezzo ad agosto 2022 (0,74). Anche la spesa del riscaldamento è aumentata nel 2022, rispetto al 2021, dell'83,22%.

A fronte di questi maggiori costi il finanziamento per il funzionamento è rimasto lo stesso fin dal 2014, pari ad euro 34.734.310.

Si riportano alcuni indici di bilancio significativi:

Definizione	INCIDENZA % DELL'UTILE SUL COSTO DELLA PRODUZIONE	2022	2021	2020	2019	2018
Numeratore	Risultato d'esercizio	- 811.622,99	27.126,35	181.608,29	109.203,36	91.711,98
Denominatore	Costo della produzione	52.165.146,10	49.385.374,70	45.251.457,30	44.073.505,04	43.130.401,63
Formula matematica	Risultato d'esercizio/costo della produzione	-1,6%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%
Significato	Esprime la capacità dell'ente di soddisfare la propria mission senza impiegare interamente tutte le risorse assegnate					
Note per il calcolo	Si far riferimento ai dati contenuti nel conto economico					
Interpretazione	In caso di disavanzo di esercizio il valore diventa negativo, mentre valori positivi indicano presenza di utile e quindi capacità dell'Istituto di adempiere alla propria mission senza utilizzare interamente le risorse alla spesa corrente, ma riservando una parte di queste ad investimenti in conto capitale.					
Fonte	Conto economico					

Definizione	INCIDENZA % DELL'UTILE SUL VALORE DELLA PRODUZIONE	2022	2021	2020	2019	2018
Numeratore	Risultato d'esercizio	- 811.622,99	27.126,35	181.608,29	109.203,36	91.711,98
Denominatore	Valore della produzione	50.951.367,16	49.726.647,69	47.194.063,39	45.723.682,67	44.581.549,17
Formula matematica	Risultato d'esercizio/valore della produzione	-1,6%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%
Significato	Esprime la capacità dell'ente di soddisfare la propria mission senza impiegare interamente tutte le risorse assegnate					
Note per il calcolo	Si far riferimento ai dati contenuti nel conto economico					
Interpretazione	In caso di disavanzo di esercizio il valore diventa negativo, mentre valori positivi indicano presenza di utile e quindi capacità dell'Istituto di adempiere alla propria mission senza utilizzare interamente le risorse alla spesa corrente, ma riservando una parte di queste ad investimenti in conto capitale.					
Fonte	Conto economico					

Per quanto concerne invece la situazione patrimoniale si rileva che il totale del Patrimonio netto al 31/12/2022 ammonta ad euro 85.651.729.
Si riportano alcuni indici di bilancio:

Definizione	INDIPENDENZA FINANZIARIA	2022	2021	2020	2019	2018
Numeratore	Patrimonio netto	85.651.729,09	86.529.947,00	86.550.404,20	86.379.254,16	86.288.009,05
Denominatore	Totale attività	111.323.600,90	110.392.467,00	109.427.061,08	106.145.734,49	107.610.481,45
Formula matematica	Patrimonio netto/Totale attività	77%	78%	79%	81%	80%
Significato	Indica il grado di solidità patrimoniale dell'azienda in termini di rapporto tra il patrimonio netto ed il totale dell'attivo dello stato patrimoniale					
Note per il calcolo	Si fa riferimento al patrimonio netto e al totale attività indicati in bilancio					
Interpretazione	Ottimo se compreso tra 25-30%, buono se compreso tra15-20%, sufficiente se compreso tra 8-10%, critico se inferiore a 7%					
Fonte	Bilancio					

Definizione	ROE (Return on Equity)	2022	2021	2020	2019	2018
Numeratore	Risultato d'esercizio	- 811.622,99	27.126,35	181.608,29	109.203,36	91.711,98
Denominatore	Patrimonio netto	85.651.729,09	86.529.947,00	86.550.404,20	86.379.254,16	86.288.009,05
Formula matematica	Risultato d'esercizio/Patrimonio netto	-0,95%	0,03%	0,21%	0,13%	0%
Significato	Il ROE indica la reddditività del patrimonio netto, ovvero il ritorno economico delll'investimento effettuato dai soci dell'azienda					
Note per il calcolo	Si fa riferimento al reddito d'esercizio e al patrimonio netto che compaiono nel Bilancio					
Interpretazione	L'indice è buono se supera di 3-5 punti il tasso di inflazione. Il tasso di inflazione dell'anno 2022 è 7,1%					
Fonte	Bilancio					

TEMPI MEDI DI PAGAMENTO ANNO 2022

Ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.L. 66/2014 convertito con Legge 23 giugno 2014, n. 89

1) Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle transazioni commerciali

In base all'art. 9, comma 3 del DPCM 22 settembre 2014 è calcolato come la somma dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura emessa a titolo di corrispettivo di transazioni commerciali, o richiesta equivalente di pagamento, e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento

-6.28

Il tempo medio ponderato di pagamento dalla PCC= 51gg
Il tempo medio di ritardo dalla PCC= - 6gg

2) Indicatore di tempestività dei pagamenti delle transazioni commerciali relativo al primo trimestre 2023 (articolo 9, comma 2, DPCM 22/9/2014)

-6,16

2.3.6.3 RILEVAZIONE DEI PROCESSI - AREE A RISCHIO E MAPPATURA PROCESSI

Secondo il PNA "*l'individuazione delle aree a rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera amministrazione che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione*". Quindi, coerentemente con gli indirizzi del PNA, il sistema di prevenzione della corruzione definito dall'IZSVe identifica le "*Aree a rischio*" come raggruppamenti omogenei di processi.

Le "Aree a rischio corruzione", secondo la modifica apportata al PNA dalla determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e confermate nel PNA 2019, si distinguono in "Generali", riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e "Specifiche", quelle che le singole Amministrazioni individuano in base alla tipologia dell'Ente di appartenenza, del contesto, esterno ed interno, in cui si trovano ad operare e dei conseguenti rischi correlati.

❖ Aree di rischio "Generale"

In armonia con quanto prescritto nel PNA 2019, rientrano nelle "Aree a rischio generale":
- Acquisizione e gestione del personale
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Provvedimenti ampliativi della sfera giudica dei destinatari con effetto immediato e diretto per il destinatario;
- Contratti pubblici
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

❖ Aree di rischio "Specifiche"

Rientrano in tali aree quelle individuate in sede di aggiornamento 2015 del PNA - Sezione sanità e riepilogate nel PNA 2019 per le Azienda ed enti del Servizio Sanitario Nazionale : "*Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni*"; "*Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero*"; "*Attività libero professionali" "liste di attesa*"; e "*Rapporti con soggetti erogatori*".
Tuttavia, in ragione delle peculiarità degli Istituti Zooprofilattici, tali aree non risultano esattamente applicabili ai settori di competenza dell'IZSVe. Pertanto, alla luce della vigente normativa, dei PNA e delle ulteriori indicazioni fornite da ANAC, della disamina del contesto interno ed esterno e degli ulteriori elementi rilevanti ai fini dell'individuazione delle aree a rischio e dei processi mappati, sono state individuate le seguenti Aree di rischio Specifiche:

- A.S. Area Istituzionale prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all'autorità sanitaria pubblica: L'IZSVe, quale ente sanitario di diritto pubblico del SSN fornisce supporto tecnico scientifico alle Autorità competenti tramite l'esecuzione di "controlli ufficiali" intendendosi "qualsiasi forma di controllo eseguita dall'Autorità competente per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi, alimenti e salute e benessere degli animali" attraverso l'esecuzione di prestazioni di laboratorio analitiche, attività diagnostiche, sopralluoghi, consulenze e pareri.
- A.S. attività a pagamento forniture di servizi e prodotti ed erogazione di prestazioni in regime di diritto privato: L'IZSVe, fermo restando l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, può fornire prestazioni a terzi a titolo oneroso, stipulando convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private sulla base di disposizioni regionali, fatte salve le competenze delle aziende Unità sanitarie locali …"
- A.S.: Ricerca, sperimentazione, sponsorizzazioni e altre tecnologie: L'area della ricerca scientifica rappresenta una peculiare attività istituzionale dell'IZSVe. I processi relativi all'attività di ricerca presenti in quest'area sono stati mappati in considerazione della natura dei finanziamenti (progetti di ricerca finanziati da fondi privati e da fondi pubblici)

I processi dell'area sanitaria sono stati oggetto, nel corso dell'anno 2018, di un progetto di revisione coordinato e organizzato dal RPCT e Responsabile Qualità (RQ) all'interno di un corso di formazione sul *risk managment* rivolto a tutti i dirigenti dell'area sanitaria. Alle due giornate di formazione residenziale (una giornata di formazione frontale e una di laboratorio), è stato affiancato un modulo di formazione sul campo che prevedeva esercitazioni pratiche in piccoli gruppi, ai quali è stato assegnato il compito di effettuare la mappatura, la valutazione del rischio e l'individuazione delle misure di trattamento dei processi assegnati. Le schede di gestione del rischio sono state sottoposte alla valutazione e riesame della direzione sanitaria, a conclusione della quale erano stati definiti i processi afferenti le suindicate aree, inseriti nel relativo PTPCT.

Uno dei principali rischi di imparzialità collegati all'attività svolta dall'IZSVe è rappresentato dal possibile conflitto di interessi tra l'attività istituzionale definite dal Regolamento UE 2017/625 e le prestazioni erogate in regime di diritto privato, sia per quanto concerne l'ambito della sanità animale che l'ambito degli alimenti. Per quanto concerne quest'ultimo ambito ad esempio, gli OSA, che usufruiscono a pagamento prestazioni in regime di autocontrollo, possono essere destinatari dei "controlli ufficiali" che vedono coinvolti l'IZSVe quale laboratorio pubblico a supporto delle Autorità Sanitarie Competenti, creando in tal modo una possibile sovrapposizione dei ruoli controllore/controllato.

Nel corso degli ultimi anni e tra le misure individuate nei vari PTPCT sono state poste in essere azioni finalizzate a garantire l'imparzialità delle attività svolte dai laboratori. Tra le misure adottate e formalizzate nel sistema qualità (Manuale della qualità) si citano:

- separazione fisica delle attività istituzionali da quelle per autocontrollo; qualora ciò non sia possibile (es. analisi altamente specialistiche, impiego di strumentazione ad alta complessità) vengono adottate appropriate soluzioni organizzative;
- modelli organizzativi che garantiscono la segregazione delle funzioni coinvolte nelle fasi critiche dei processi;
- esecuzione delle analisi su campioni resi anonimi mediante attribuzione di un codice alfa-numerico;
- gestione informatizzata del dato, con trasferimento automatico dei risultati, ove poss;
- analisi sull'andamento di specifici indicatori di processo, che consentono di evidenziare possibili trend anomali riconducibili ad una gestione non adeguata del rischio (es. numero di ristampe di rapporti di prova già emessi);
- esclusione, in qualità di partecipante, del personale coinvolto nelle fasi critiche dell'organizzazione di uno schema del *proficiency testing* AQUA;
- esecuzione di analisi statistiche su dati dei partecipanti al *proficiency testing* AQUA resi anonimi mediante l'utilizzo di codice alfa-numerico.

Gli stessi accreditamenti ISO/IEC 17025 e ISO/IEC 17043 ottenuti da IZSVe sono una attestazione, da parte terza *super partes*, della competenza, indipendenza e imparzialità delle attività eseguite dai laboratori di prova.

Nel corso del 2021 è stato erogato il corso di formazione teorico pratico "*Il regolamento UE 2017/625 un focus sull'attività dei laboratori*" che, oltre a lezioni frontali, prevedeva esercitazione in piccoli gruppi (misure di trattamento previste nel PTPCT) ai quali è stato assegnato il compito di approfondire il rischio di imparzialità, tramite studio e presentazione di casi in contesto della sicurezza alimentale e sanità veterinaria. Gli elaborati dei partecipanti hanno evidenziato i possibili rischi di imparzialità presenti nel contesto assegnato e, per ciascuno di essi, sono state formulate proposte atte a garantire il contenimento del rischio di imparzialità e, di conseguenza, l'ottemperanza al Reg. UE 3017/625 e alla legislazione nazionale/vincoli regionali. Le proposte sono state oggetto di valutazione da parte della direzione sanitaria, finalizzata alla verifica dell'applicabilità delle azioni di mitigazione/miglioramento individuate; contestualmente, lo stadio valutativo ha individuato le priorità per la graduale applicazione ai laboratori delle misure individuate.

In considerazione della stretta interconnessione con il sistema qualità, l'attuazione delle misure di trattamento per l'area sanitaria è coordinata dall'Ufficio Qualità.

Nel corso del 2022, alla luce anche del suddetto progetto formativo, si è proceduto inoltre ad una revisione della mappatura dei processi sanitari, al fine di renderla più chiara e comprensibile, e ad una rivalutazione dei rischi. Sulla base delle risultanze dell'attuazione delle misure di trattamento identificate nel PTPCT 2023, nonché degli obiettivi strategici indicati nella Relazione Programmatica Annuale, sono state identificate le azioni da porre in essere per il triennio 2024-2026.
In particolare, a seguito dello svolgimento del suindicato corso di formazione e delle risultanze dei gruppi di lavoro, sono state poste in essere già nel corso del 2022 e identificate per l'anno 2024 le azioni da porre in essere a garanzia dell'imparzialità dell'azione dell'ente.

Particolare attenzione viene posta all'attuazione delle misure a garanzia dell'imparzialità dell'attività sanitaria per il triennio 2024-2026:

- verifica, in sede di audit interni, della corretta separazione delle attività eseguite ai fini dei controlli ufficiali dalle prestazioni eseguite a pagamento verso privati;
- verifica, tramite audit interni, della separazione funzionale, ove applicabile, delle fasi del processo analitico e delle attività a supporto e dell'applicazione di modelli organizzativi che garantiscono la segregazione delle funzioni coinvolte nelle fasi critiche dei processi;
- riesame dei rischi di imparzialità specifici di ogni laboratorio in occasione del riesame di struttura, condiviso annualmente con la direzione sanitaria in occasione del riesame generale della direzione, così come previsto dal sistema qualità;
- erogazione di un corso di formazione sul risk management, considerando anche i rischi legati all'imparzialità;
- verifica, da parte di ciascun DSC, dell'andamento di specifici indicatori di processo, che consentono di evidenziare possibili trend anomali riconducibili ad una gestione non adeguata del rischio di imparzialità (es. scostamento non motivato del numero di rapporti di prova riemessi – RDP Bis);
- rendicontazione in sede di riesame della direzione dei monitoraggi semestrali delle missioni;

- verifica, in sede di audit interno e di parte terza, della gestione del campione in anonimato, es. mediante attribuzione di un codice alfa-numerico (ove applicabile);
- verifica, in occasione degli audit interni, dell'omessa notifica all'autorità sanitaria delle malattie infettive / patogeni alimentari per i quali sussiste l'obbligo di segnalazione;
- implementazione e applicazione della gestione informatizzata del dato, con trasferimento automatico dei risultati;
- verifica in occasione degli audit interni e di parte terza, dell'esclusione, in qualità di partecipante, del personale coinvolto nelle fasi critiche dell'organizzazione di uno schema del proficiency testing AQUA, nonché della gestione statistica in anonimato dei dati partecipanti;
- verifica periodica da parte del DSC delle analisi derivate dagli esami autoptici (esami di seconda istanza), al fine di monitorare eventuali scostamenti non motivati;
- rendicontazione, in occasione del riesame della direzione di struttura, delle attività di ricerca commissionate da privati; per quanto concerne il rischio di conflitto di interesse, lo stesso è individuato nei connessi processi amministrativi e gestito tramite l'individuazione di misure di trattamento (acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei responsabili scientifici e verifiche nella banca dati arxivar) oltre che dall'attuazione delle misure previste nel codice di comportamento.

Per quanto attiene l'area della ricerca, i processi relativi all'attività di ricerca sono stati mappati in considerazione della natura dei finanziamenti (progetti di ricerca finanziati da fondi privati e da fondi pubblici).
Con riferimento ai progetti finanziati con fondi pubblici, al fine di favorire la massima circolazione delle informazioni sui bandi nei riguardi di tutti i ricercatori interessati o potenzialmente interessati, al fine di evitare asimmetrie informative circa le opportunità di finanziamento, nel corso degli ultimi anni sono state poste in essere azioni tese a garantire l'accesso paritario alle opportunità di finanziamento quali:

- redazione e pubblicazione nella intranet aziendale delle linee guida per la presentazione di progetti di ricerca corrente;
- diffusione tramite la intranet aziendale dei bandi;
- valutazione delle proposte di progetto, assegnazione dei progetti "anonimi" a referee esterni, miglioramento della valutazione interna ed esterna dei progetti e redazione di una graduatoria dei progetti da presentare al Ministero.

A presidio della gestione dei possibili conflitti di interesse, permane, quale misura di mantenimento, l'acquisizione da parte delle strutture amministrative che gestiscono il processo dal punto di vista amministrativo, della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del responsabile scientifico.

Per quanto concerne la realizzazione e la valutazione dei risultati, particolare attenzione viene posta all'adozione di misure di trasparenza tramite realizzazione di eventi formativi ed informativi dei risultati conseguiti.

Con riferimento ai progetti finanziati con fondi privati, particolare attenzione viene posta quale misura per il triennio 2024-2026 alla valutazione dei risultati, mediante analisi in sede di riesame di direzione di struttura.

❖ Aree di rischio "Ulteriori"

Rientrano in tali aree quelle individuate dall'IZSVE:

- Aree ulteriori (processi relativi alla Formazione e Servizi Informatici)

La Mappatura dei Processi

Per "**Mappatura dei processi**" si intende l'attività che consente di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi.
Un **processo** può essere definito come una "*sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)*".

La mappatura dei processi "consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi" , delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Come precisato nel PNA 2019 "**una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo**"

Il processo di mappatura e di rilevazione del rischio si presenta come un'attività continua che segue l'evoluzione organizzativa e delle funzioni dell'ente. Sin dal 2015 è stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi ai soli processi afferenti alle "aree a rischio obbligatorie e generali" indicate nel PNA, ha preso in esame anche ulteriori processi amministrativi e tecnici suggeriti dai vari responsabili di struttura.

Anche nel corso dell'anno 2022, ai fini della realizzazione del catalogo dei processi sono state combinate diverse fonti informative, tra cui in particolare:

- l'analisi della documentazione interna
- il *benchmarking* con amministrazioni simili
- il coinvolgimento dei dirigenti delle strutture aziendali per le aree di rispettiva competenza, con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione

Il RPCT ha provveduto a fornire ai responsabili delle strutture i suggerimenti e gli elementi normativi e metodologici propedeutici all'avvio del processo di individuazione/revisione e valutazione dei rischi sia mediante appositi incontri, sia mettendo a disposizione la documentazione di approfondimento.
Il processo è in fase di continuo sviluppo al fine di garantire gli approfondimenti sulle metodologie da impiegare per l'individuazione e analisi dei rischi.

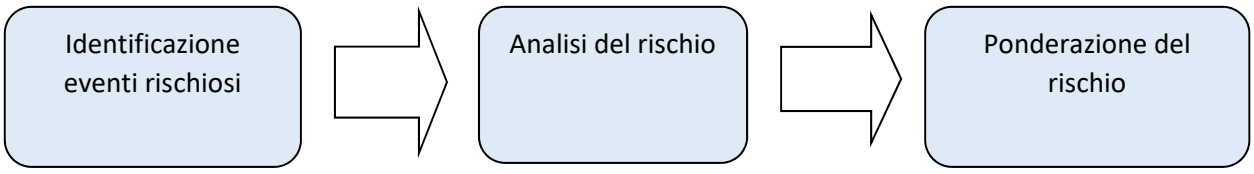
La piattaforma GZOOM modulo Anticorruzione

Il processo di mappatura dei processi e gestione del rischio, incluso il monitoraggio delle misure di trattamento è stato informatizzato nel dicembre 2019. Con l'utilizzo della piattaforma digitale GZOOM, l'attività di mappatura dei processi si è consolidata, fornendo una sorta di continuità allo svolgimento di tale attività.
Proseguendo l'attività avviate negli anni scorsi, anche nel 2022 le Strutture hanno provveduto alla verifica, integrazione, aggiornamento/revisione del Catalogo dei processi, dei relativi sottoprocessi e delle misure. Inoltre si è proceduto ad una revisione/aggiornamento del catalogo dei rischi,

Nel corso dell'anno 2022 la piattaforma GZOOM è stata integrata del modulo Performance, permettendo in tal modo un graduale allineamento e collegamento tra i due strumenti di pianificazione.
Per quanto concerne i processi amministrativi mappati, ai fini dell'adozione della presente Sezione, ciascun dirigente di struttura, per il proprio ambito di competenza, ha apportato le integrazioni/modifiche/revisioni ritenute opportune, sulla base delle risultanze del monitoraggio effettuato e della rivalutazione del rischi.

La tabella allegata al presente Piano ***(allegato 1)*** individua, all'interno delle aree a rischio corruzione, i singoli processi mappati, valutati a livello di sub processo, e i responsabili di ciascun processo .

2.3.6.4 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI



La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

Il processo di valutazione del rischio comprende le fasi di:

- *Identificazione:* consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi (eventi rischiosi) ovvero individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. L'identificazione degli eventi rischiosi include quelli che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi;
- *Analisi (misurazione) del rischio*: permette da un lato di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei fattori abilitanti, e dall'altro di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività di rischio attraverso la valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto). Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico;
- *Ponderazione del rischio*: consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza del trattamento. La ponderazione ha l'obiettivo di agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione. La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

L'approccio utilizzato per stimare l'esposizione dell'ente ai rischi è misto (quantitativo e qualitativo). Il nuovo approccio di tipo qualitativo proposto nel PNA 2019 verrà gradualmente applicato.
Considerata l'ampia definizione di "corruzione" accolta nel PNA e quindi nella presente Sezione, i possibili eventi rischiosi che possono comportare dei rischi sono tutti quelli che siano considerati idonei, a seconda delle varie tipologie di processi, a distrarre l'attività dall'interesse pubblico, per favorire interessi particolari.

Per procedere ad una corretta **identificazione degli eventi rischiosi** sono state combinate diverse fonti e metodi tra cui:

- le caratteristiche proprie dei processi;
- il *benchmarking* con amministrazioni simili;
- registro dei rischi caricato nella Piattaforma informatica, che è stato oggetto di modifica e integrazione nel corso del 2022;
- episodi di cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in amministrazioni dello stesso settore di appartenenza dell'IZSVe.

L'attività di "**analisi dei rischi**" mira a valutare l'esposizione al rischio dei processi organizzativi e **viene effettuata con riferimento ad ogni rischio associato ad un determinato subprocesso.**
L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti del comportamento corruttivo ossia quei fattori (prevalentemente organizzativi, ambientali e di contesto) che agevolano il concretizzarsi dei comportamento e quindi consentono di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia alle azioni di risposta più appropriate e indicate per contenere la probabilità di accadimento e gli effetti di un determinato evento.

A titolo meramente esemplificativo, i **fattori abilitanti** che possono essere identificati sono:

- monopolio di potere o decisionale
- monopolio delle competenze
- monopolio delle conoscenze
- monopolio delle informazioni
- regole poco chiare
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- regole contrastanti/contradditorie
- regole facilmente interpretabili
- eccesso di procedure
- mancanza di procedure
- mancanza di competenze

- mancanza di risorse
- mancanza di valori etici
- mancanza/inefficacia sistemi IT
- mancanza, inefficacia, non uso di controlli
- mancata programmazione
- mancata informatizzazione
- mancata trasparenza
- mancata definizione di ruoli/responsabilità
- inadeguata diffusione della cultura della legalità
- eccessiva discrezionalità
- conflitto di interessi
- scarsa responsabilizzazione interna
- non esiste un vero responsabile

La valutazione complessiva del rischio "inerente" a livello di subprocesso, effettuata dagli stessi soggetti che hanno identificato gli eventi rischiosi, è la media delle singole valutazioni sugli indici di "probabilità" e "impatto". Successivamente, si provvede alla valutazione del livello di affidabilità dei controlli, denominato "regolamentazione". La valutazione del livello di rischio è stata pertanto strutturata sulla base della valutazione della Probabilità, Impatto e Regolamentazione, giungendo ad avere il cd. "rischio residuo".
Tali risultanze vengono poi inoltrate, tramite il software GZOOM, al RPCT per le valutazioni di competenza.

A ciascun indice è associata una scala crescente di 4 valori (da un minimo di 1 ad un massimo di 4).
I rischi sono valutati in termini di rischio inerente (rischio in assenza di qualsiasi intervento) e di rischio residuo (rischio residuo dopo aver attuato interventi per ridurlo)
Rischio Inerente= Media Probabilità x Media Impatto
Il Rischio Residuo= Media Probabilità x Media Impatto x Regolamentazione
= Rischio Inerente x Regolamentazione

Nell'**allegato 1** "***Mappatura dei processi e valutazione del rischio***" sono riportate, **per ciascun subprocesso,** gli esiti delle autovalutazioni del rischio inerente e del rischio residuo, al netto cioè delle attività per ridurre il rischio effettuati dalle strutture.
Si riportano di seguito gli indici di probabilità, di impatto e di regolamentazione i fattori utilizzati per la valutazione, con i punteggi associati a ciascuna risposta.

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA' (P)

Domanda P1: Discrezionalità	
Il processo è discrezionale nei contenuti?	
No, È del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	2
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari, procedure interne)	3
E' altamente discrezionale	4
Domanda P2: Imparzialità	
L'Imparzialità del processo (conflitto di interessi, obiettività, equità ecc) è gestita?	
si, secondo procedure dedicate e con una struttura organizzativa adeguata e controlli adeguati	1
si secondo procedure dedicate o con una struttura organizzativa adeguata e controlli adeguati	2
si secondo procedure dedicate e/ o con una struttura organizzativa adeguata e senza controlli	3
no, non è gestita	4
Domanda P3:Informatizzazione	
Il processo è informatizzato in tutte le sue fasi?	

Si il processo è informatizzato in tutte le sue fasi	1
si il processo è informatizzato almeno nelle fasi critiche	2
il processo è informatizzato solo in alcune delle sue fasi	3
il processo non è informatizzato in alcuna fase	4

Domanda P4: Rilevanza esterna	
quale è la probabilità che il rischio produca effetti diretti all'esterno dell'IZSVe?	
nessuna, il rischio produce ricadute solo interne all'IZSVe	1
probabilità che il rischio abbia effetti verso l'esterno con basso valore economico (< €. 50.000,00)	2
probabilità che il rischio abbia effetti verso l'esterno con valore economico mediamente rilevante (compreso tra €. 50.000 e €. 500.000,00)	3
probabilità che il rischio abbia effetti economici importanti verso l'esterno (> €. 500.000,00)	4
Domanda P5: Complessità del processo	
quanto è definito il processo?	
il processo è ben definito (es procedure ad hoc, istruzioni operative) con responsabilità chiare e ben definite	1
il processo è ben definito nelle sue fasi critiche	2
il processo è ben definito in alcune fasi oppure non è ben definito ma vi sono prassi e/o consuetudini consolidate)	3
il processo non è definito nella sua interezza o nelle fasi critiche	4
Domanda P6: Precedenti	
Vi sono precedenti giudiziari e/o su procedimenti disciplinari?	
No, non ci sono stati o non sono noti dei precedenti	1
SI, ci sono dei rilievi da parte di Organi di Controllo, segnalazioni o reclami per irregolarità/violazioni	2
Si, sono stati avviati procedimenti disciplinari per irregolarità/violazioni che non hanno rilevanza penale e/o erariale	3
Si, sono stati avviati procedimenti in sede giudiziaria al Giudice civile, al TAR, al Consiglio di Stato o da parte dell'Autorità giudiziaria penale e/o da parte della Corte dei Conti	4

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (I)

Domanda I1: impatto organizzativo	
Le azioni del processo o e delle singole fasi (nelle fasi dell'istruttoria, del controllo e adozione dell'atto finale) sono distribuite tra più persone interne all'ufficio?	
Si, le azioni del processo o della fase dello stesso sono realizzate da più persone aventi compiti e responsabilità distinte ed il controllo viene affidato ad una persona che non ha partecipato alle attività in oggetto	1
No. Le azioni del processo o della fase dello stesso sono svolte dall'inizio alla fine da un'unica persona, ma il controllo viene effettuato da una o più persone non coinvolte nell'attività in oggetto, con la responsabilità finale in capo ad un altro soggetto (Dirigente)	2
No le azioni del processo o della fase dello stesso sono svolte esclusivamente da una singola persona, con la responsabilità finale sia in capo ad un altro soggetto (Dirigente)	3
No le azioni del processo sono svolte dall'inizio alla fine da un'unica persona	4
Domanda I2: Impatto economico	
quali conseguenze dannose determina il verificarsi dell'evento?	
un inefficacia organizzativa che può essere rilevata e corretta prima che il danno economico si realizzi	1
un pregiudizio all'immagine dell'azienda, solo o associato ad un pregiudizio economico	2

un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, solo o associato ad un pregiudizio economico e/o reputazionale	3
un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti, quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simili, solo o associato a un danno economico e/o reputazionale e/o funzionale	4
Domanda I3: impatto reputazionale	
Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	
No	1
Si sulla stampa locale	2
Si sulla stampa locale e nazionale	3
Si sulla stampa locale nazionale e internazionale	4
Domanda I4: Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	
a quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio) ovvero la posizione/ruolo che l'eventuale soggetto che può compiere l'azione riveste nell'organizzazione?	
a livello di fasciaB,Bs, C	1
a livello di fascia D, Ds	2
a livello di posizione organizzativa e/o coordinamento	3
a livello dirigenziale /direzione	4
REGOLAMENTAZIONE/RILEVABILITA'/ CONTROLLI	

impatto*	possibili effetti	punteggio
sotto controllo	procedure informatizzate , soggette a verifiche nell'applicazione; e/o controlli esistenti e di dimostrata efficacia	0.4
regolamentata	procedure esistenti e soggette a verifiche nell'applicazione, e/o controlli esistenti ma di non dimostrata efficacia	0.60
insufficientemente controllata	procedure esistenti ma non soggette a verifiche nell'applicazione e/o controlli esistenti ma inefficaci o inesistenti	0.8
incontrollato	procedure non esistenti e/o controlli non esistenti	1

- La ponderazione degli eventi rischiosi

L'obiettivo della **ponderazione del rischio** è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo ai quali i rischi necessitano di un trattamento e le relative priorità di attuazione". In altre parola ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione del rischio e la priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Come indicato nel PNA 2019, la ponderazione del rischio ha portato alla decisione, in alcuni casi, di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, limitandosi a mantenere attive le misure già esistenti

2.3.6.5 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. La fase di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione è finalizzata alla individuazione degli interventi organizzativi volti a ridurre o neutralizzare il rischio di corruzione, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Le singole misure di prevenzione dei rischi di corruzione nelle attività maggiormente esposte, sono dettagliatamente elencate nella tabella "**tabella delle misure di trattamento**" (***allegato n. 2***).

Per ciascuna misura da implementare come risposta al rischio di corruzione sono stati identificati:

- **Il termine di attuazione** della misura: ovvero indicazione dei tempi entro cui si intende realizzare la misura o le sue fasi di attuazione, evidenziando se trattasi di misura di mantenimento;
- **Struttura e responsabile del trattamento:** ovvero colui che è responsabile dell'attuazione della misura
- **Indicatore di monitoraggio**: necessario per misurare il livello di realizzazione delle misura.

Ciascuna misura di trattamento, come richiesto dal PNA 2019, è stata associata ad una delle categorie sottostanti:

- misure di controllo
- misure di trasparenza
- misure di regolamentazione
- misure di semplificazione o organizzazione di processo
- misure di rotazione (interna alla struttura)
- misure di formazione
- misure di disciplina del conflitto di interessi
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- misure di sensibilizzazione e partecipazione
- misure di segnalazione e protezione

2.3.6.6 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO

La fase del monitoraggio è finalizzata alla verifica dell'attuazione e adeguatezza delle misure di prevenzione nonché del complessivo funzionamento del processo stesso al fine di consentire di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il sistema di monitoraggio è organizzato in un unico livello: in primis capo al responsabile di processo (ovvero della struttura organizzativa chiamata ad attuare le misure, relativamente ai processi di propria competenza), attraverso l'autovalutazione circa l'attuazione delle misure, e successivamente in capo al RPCT per le verifiche.
Il RPCT verifica, tramite l'utilizzo del software GZOOM, lo stato di attuazione delle misure rese dai dirigenti responsabili in sede di autovalutazione, valutandone l'adeguatezza e suggerendo, laddove necessario, interventi correttivi.
Il monitoraggio viene effettuato due volte l'anno (al **30 giugno e al 30 novembre** di ciascun anno): quello delle misure di trattamento associate a ciascun processo, tramite il software in utilizzo per la gestione del rischio (GZOOM), quello delle misure generali tramite la scheda di monitoraggio (check list) predisposta dal RPCT.
L'obiettivo della verifica semestrale è quello di accertare la corretta applicazione delle misure predisposte, secondo le modalità e i tempi previsti e l'efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di *mala gestio.*

Tra le misure di monitoraggio rientra anche la predisposizione, ad opera del RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo eventuale proroga disposta da ANAC), di una relazione che riporta il rendiconto, anche sulla base dei monitoraggi effettuati dai Responsabili dei processi, sull'attuazione ed efficacia delle misure di prevenzione programmate.

Da una lettura comparativa con i report di rendicontazione redatti nelle precedenti annualità si evince un graduale e continuo miglioramento di tutta l'attività di prevenzione della corruzione svolta dall'IZSVe.
Sia le misure di carattere generale che le misure di carattere specifico nel complesso presentano un buon livello di attuazione.

Come disposto nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025, nel corso del 2023 al fine di verificare sul campo l'applicazione delle misure previste nella presente Sezione, per valutare la conformità dei comportamenti, delle procedure e delle prassi sviluppate, il RPCT ha provveduto ad effettuare, tramite **audit interno,** in modalità integrata con la partecipazione e collaborazione con l'Ufficio Qualità, il monitoraggio di secondo livello dei processi amministrativi della Struttura SCA2 Acquisti.

Per il 2024, per le medesime finalità, il RPCT, compatibilmente con la disponibilità di risorse della struttura e in un'ottica di impiego efficiente delle risorse, proseguirà l'attività di monitoraggio di secondo livello dei processi amministrativi tramite **audit interni**, in

modalità integrata con la partecipazione e collaborazione con l'Ufficio Qualità , secondo la pianificazione degli audit interni programmati per l'anno.

Esiti del monitoraggio sull'attuazione delle misure previste nel PTPCT 2022-2024

Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate nel PTPCT evidenzia cosa l'amministrazione è stata in grado di attuare, in termini di prevenzione delle corruzione e trasparenza.
Il monitoraggio ha riguardato lo stato di attuazione sia delle misure di carattere generale che di carattere specifico attraverso l'autovalutazione da parte dei dirigenti delle strutture interessate.

Per quanto concerne le misure di carattere generale, il monitoraggio è stato realizzato mettendo a disposizione dei dirigenti delle tabelle di check list. Nel complesso è emerso un buon grado di attuazione, presentandosi in gran parte ben strutturate e recepite dall'amministrazione.

Anche per le misure specifiche, individuate in sede di mappatura dei processi, lo stato di attuazione può ritenersi buono; ciò in quanto prevalentemente trattasi di misure di mantenimento, già presenti nei precedenti PTPCT e quindi poste in essere in modo strutturale e continuativo all'interno delle strutture.

Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio riflettono quindi l'adeguatezza della programmazione delle misure. L'attività di coordinamento e controllo da parte del RPCT hanno contribuito ad identificare con maggiore precisione la descrizione delle misure e gli indicatori di monitoraggio.

ESITO MONITORAGGIO REALIZZAZIONE MISURE DI TRATTAMENTO PREVISTE NELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2023 ESITO AUTOVALUTAZIONI GESTIONE DEL RISCHIO PROCESSI MAPPATI				
MISURA	**AREA**	**NUMERO**	**% RAGGIUNGIMMENTO MISURA**	**MEDIA**
Misure di controllo	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	7	100%	100,00%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	16	100%	
	C - PROVV. AMPL. DELLA SFEREA GIURIDICA PRIVI DI EFF.	2	100%	
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	11	100%	
	F - CONTROLLI	2	100%	
	G - INCARICHI E NOMINE	2	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	10	100%	
	I - AREA ISTITUZIONALE	6	100%	
	L - ATTIVITÁ A PAGAMENTO	5	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	7	100%	
	N - AREE ULTERIORI	10	100%	
Misura di disciplina del conflitto di interessi	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	2	100%	99,89%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	10	100%	
	D - PROVV. AMPL. DELLA SFEREA GIURIDICA CON EFF.	1	100%	
	G - INCARICHI E NOMINE	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	11	99,72%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
	N - AREE ULTERIORI	2	100%	

Misura di formazione	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	2	0%	66,67%
	I - AREA ISTITUZIONALE	1	100%	
	L - ATTIVITÁ A PAGAMENTO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
Misura di informatizzazione dei processi	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	1	100%	91,67%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	2	50%	
	C - PROVV. AMPL. DELLA SFEREA GIURIDICA PRIVI DI EFF.	1	100%	
	F - CONTROLLI	5	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	2	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	1	100%	
Misura di regolamentazione	B - CONTRATTI PUBBLICI	2	100%	97,50%
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	3	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	2	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	3	91,67%	
Misura di semplificazione o organizzazione dei processi	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	5	100%	100%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	
	C - PROVV. AMPL. DELLA SFEREA GIURIDICA PRIVI DI EFF.	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	7	100%	
	I - AREA ISTITUZIONALE	1	100%	
	L - ATTIVITA' A PAGAMENTO	6	100%	
	N - AREE ULTERIORI	2	100%	
Misura di trasparenza	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	3	100%	99,29%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	14	100%	
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	1	100%	
	F - CONTROLLI	1	100%	
	G - INCARICHI E NOMINE	4	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	8	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	3	91,67%	
	N - AREE ULTERIORI	1	100%	
Misura di rotazione	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	100%
	L - ATTIVITA' A PAGAMENTO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
	N - AREE ULTERIORI	1	100%	
Misura di sensibilizzazione e partecipazione	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	100%
		199		
Percentuale totale di realizzazione misure di trattamento				**95,00%**

PARTE III

LE MISURE DI PREVENZIONE GENERALI

Si riportano di seguito le misure organizzative di carattere generale che l'Istituto intende mettere in atto, in coerenza con quanto previsto dalla L. n. 190/2012 ed in relazione alla propria dimensione organizzativa.

2.3.7 TRASPARENZA

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.
La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie mediante pubblicazione sul sito web istituzionale nella sezione "*Amministrazione trasparente*" dei dati, informazioni e documenti stabiliti dalla legge.
In ottemperanza alle previsioni normative ed alle successive delibere di ANAC, nella PARTE IV del presente documento sono illustrate le misure organizzative per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, mentre nell'Allegato 3 sono identificati i nominativi dei soggetti responsabili dell'individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati relativamente ad ogni obbligo di pubblicazione.

2.3.8 CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO AZIENDALE (DCA n. 12/2017)

L'IZSVe, in ossequio a quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001 ha adottato, con DDG n. 659 del 30 dicembre 2013 il proprio Codice di comportamento sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) (delibera 75/2013) successivamente modificato nel 2017.

Per l'adozione del Codice etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie sono state seguite le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge; lo stesso è stato approvato, previa acquisizione del parere dell'OIV, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 12/2017.
Per garantire la diffusione di quanto prescritto nel presente Piano e nel Codice Etico e di comportamento, l'IZSVe provvede a darne pubblicazione nell'area intranet aziendale, sul sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Disposizioni generali/Codice disciplinare e di condotta" unitamente alle disposizioni del DPR n. 81/2023, nonché a renderli disponibili a dipendenti e terzi che vengano a contatto con l'IZSVe.

Il Codice etico e di comportamento aziendale, oltre a recepire le regole di comportamento contenute nel Codice nazionale, contiene ulteriori regole rispondenti alle specifiche esigenze del contesto in cui è destinato ad operare.
Al fine di dare piena applicazione a quanto disposto dal Codice Etico e di Comportamento aziendale ed allo scopo di sensibilizzare il personale e diffondere i temi dell'integrità e dell'etica, è attivo, a partire dal 07/07/2017 un corso di formazione FAD "*Il codice di comportamento in IZSVe*".

Tutti i destinatari indicati all'art. 2 del Codice aziendale sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sotto il profilo della responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. Violazioni gravi o reiterate del codice comportano l'applicazione della sanzione di cui all'art. 55 quater, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Sull'applicazione dei Codici di comportamento vigilano i dirigenti responsabili di ciascuna struttura e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Negli schemi di incarico, contratto, bando viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo dell'IZSVe, prevedendo la risoluzione del contratto o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Con DPR n. 81 del 13 giugno 2023 è stato approvato il "*Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*" in vigore dal 14.07.2023, che in parte modifica il Codice nazionale normato dal DPR 62/2013.
Si evidenziano di seguito le disposizioni di maggiore interesse, introdotte dal decreto in parola.

- *Utilizzo delle tecnologie informatiche*

L'utilizzo di account istituzionali è consentito per i soli fini connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili e non può in alcun modo compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione.
L'utilizzo di caselle di posta elettroniche personali è di norma evitato per attività o comunicazioni afferenti il servizio, salvi i casi di forza maggiore dovuti a circostanze in cui il dipendente, per qualsiasi ragione, non possa accedere all'account istituzionale.
È vietato l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'amministrazione, che siano oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualunque modo fonte di responsabilità dell'amministrazione.
Al dipendente è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'amministrazione per poter assolvere alle incombenze personali senza doversi allontanare dalla sede di servizio, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali.

- *Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media*

Nell'utilizzo dei propri account di social media, il dipendente utilizza ogni cautela affinchè le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente all'Ente di appartenenza.
In ogni caso il dipendente è tenuto ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'ente di appartenenza o della pubblica amministrazione in generale.
I dipendenti non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'amministrazione e in difformità alle disposizioni di cui al decreto legislativo 13 marzo 2013, n. 33, e alla legge 7 agosto 1990, n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.

- *Rapporti con il pubblico*

Il dipendente orienta il proprio comportamento alla soddisfazione del cliente ed ha l'obbligo di astenersi dal rendere dichiarazioni pubbliche che possano nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'amministrazione di appartenenza o alla P.A in generale.

- *Comportamento dei dirigenti*

Il dirigente impronta il suo comportamento anche ai principi di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza.
il dirigente ha il compito di curare la crescita professionale dei propri collaboratori e di assicurarne il benessere organizzativo, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori e relazioni basate sulla leale collaborazione e fiducia.

- *Vigilanza, monitoraggio e attività formative*

Ogni ente deve garantire l'espletamento di cicli formativi sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità devono essere proporzionate al grado di responsabilità.

Nel corso del 2024 si provvederà ad aggiornare il Codice Etico e di Comportamento dell'IZSVe, al fine di assicurare il completo adeguamento delle disposizioni aziendali a quanto previsto dal DPR n. 81 del 13 giugno 2023.

Monitoraggio livello attuazione Codice Etico e di Comportamento dell'IZSVe

Soggetti responsabili del monitoraggio della misura: dirigenti di struttura e il RPCT.
Al fine di consentire un adeguato monitoraggio, i dirigenti responsabili di struttura presentano al RPCT al 30 novembre di ciascun anno una relazione nella quale viene dato atto del livello di attuazione del Codice da parte del personale afferente la propria struttura, dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.
Dal monitoraggio effettuato al 30 novembre 2023 sull'applicazione del Codice non sono emerse criticità.

2.3.9 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSE E OBBLIGO DI ASTENSIONE

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura di un interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione. Si tratta quindi di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.
Il conflitto di interesse si realizza quando un interesse privato del dipendente (c.d. interesse secondario) interferisce, anche potenzialmente, con l'interesse pubblico (c.d. interesse primario) che egli deve perseguire.
Il principio di imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione trova piena realizzazione con l'obbligo, da parte del dipendente che si trovi in una situazione di conflitto di interesse anche potenziale, di astenersi dal partecipare all'attività istituzionale.

Il quadro normativo di riferimento

- ✓ Art. 6 *bis* della legge n. 241/1990 che dispone "*Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale* <u>*devono astenersi*</u> *in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*";
- ✓ Art. 16 del d.lgs. 36/2023 (Codice appalti pubblici) che richiama la disciplina del conflitto di interessi nell'ambito delle procedure di appalto, al fine di evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire parità di trattamento di tutti gli operatori economici. In particolare, *"Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia ((...)) alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione"* e al comma 2 "*in coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro. Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 1 ne dà comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione.*
  Le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano affinchè gli adempimenti di cui al comma 3 siano rispettati.";
- ✓ D.Lgs. 8.04.2013 n. 39 ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. 06.11.2012 n. 190, codificando delle presunzioni assolute di conflitto di interesse al ricorrere delle quali taluni incarichi sono inconferibili o incompatibili;
- ✓ Art. 80, comma 5 del d.lgs. 50/2016 (Codice appalti pubblici) dispone che l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile;
- ✓ Artt. 51 e 52 c.p.c. prevendono ipotesi di astensione obbligatoria per i magistrati. Tali norme sono state ritenute applicabili anche nei confronti dei componenti delle commissioni di concorsi pubblici;
- ✓ Art. 53, comma 7 d.lgs. 165/2001 "*Testo unico del pubblico impiego*" che dispone che "*i dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi";*
- ✓ Art. 7 d.P.R. n. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" che indica alcuni casi di astensione obbligatoria da parte del dipendente: "*il dipendente si* ***astiene*** *dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero dei suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza";*

- ✓ Art 6 d.P.R. n. 62/2013 rubricato "*Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi*" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge, convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare altresì se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. Inoltre si stabilisce per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, conviventi, parenti affini entro il secondo grado;
- ✓ Art. 13, comma 3, d.P.R. n. 62/2013 prevede che il dirigente, prima di assumere le proprie funzioni, comunichi per iscritto all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta e dichiari l'esistenza di parenti o affini che versino in situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività dell'ufficio diretto;
- ✓ Art. 14 d.P.R. n. 62/2013 rubricato "*Contratti ed altri atti negoziali*" dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in ci l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c.) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente "*si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio*";
- ✓ Art. 22, co. 1 Regolamento UE 241/2021 "*Regolamento relativo al dispositivo per la ripresa e resilienza*" dispone che "*Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi*".

Il Codice di Comportamento prevede specifici obblighi di comunicazione e astensione, indirizzati a tutto il personale, qualora si versi in determinate condizioni personali individuate. Considerato che la norma pone in capo al dirigente responsabile della risorsa la valutazione circa le dichiarazioni di conflitto di interessi, a seguito dell'approvazione del Codice Etico e di Comportamento con DCA n. 12/2017, per l'adempimento degli obblighi di comunicazione, vengono acquisite e aggiornate le dichiarazioni da parte del personale dell'IZSVe.

Vista la rilevanza del tema, sono state messe in atto, nel corso degli anni, e proseguiranno nel corso di vigenza della presente Sezione, a livello interno svariate azioni, concretizzatesi in:

- acquisizione/integrazione e conservazione presso ciascuna struttura, ai fini dell'adempimento degli obblighi di comunicazione previsti dal Codice di Comportamento aziendale, delle dichiarazioni da parte del personale del comparto e dirigenziale dell'IZSVe (comprensive delle valutazioni circa le eventuali situazioni di conflitto di interesse da parte del responsabile dell'ufficio);
- monitoraggio al 30.11 di ciascun anno circa l'attuazione del Codice di Comportamento;
- attuazione del documento denominato "*Programma operativo per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse*" (allegato n. 4 al PTPC 2017-2019), sulla disciplina dettagliata delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse, sulle procedure per la raccolta e conservazione delle stesse nonché sulle modalità di monitoraggio attraverso l'utilizzo di una Banca dati informatica aziendale tramite il software "arxivar". Tale documento sarà oggetto di modifica/integrazione nel corso della vigenza del presente Piano. Le strutture amministrative provvedono ad implementare nella succitata banca dati informatica aziendale i dati per singolo dipendente degli incarichi extra istituzionali, della partecipazione a commissioni di gara e di concorso e di ogni altro rapporto con l'esterno, al fine di consentire di avere uno strumento di monitoraggio e verifica per l'individuazione di situazioni, potenziali o reali di conflitti di interesse;
- acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del personale che contribuisce alla preparazione/stesura della documentazione di gara, di concorso, ecc.; esperti incaricati di un qualsiasi compito legato alla preparazione della documentazione di gara e/o valutazione delle offerte; Responsabile scientifico e docenti esterni di un evento formativo; responsabile scientifico di progetti di ricerca; responsabile scientifico di attività di ricerca relative a convenzione (ex. Ar.t 15 legge n. 241/90) e contratti per prestazioni a pagamento, titolari di incarichi di consulenza e collaborazione;
- acquisizione della dichiarazioni di cause di inconferibilità e incompatibilità;
- acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitti di interesse titolati incarichi di consulenza e collaborazione;
- acquisizione della dichiarazione della situazione patrimoniale dei titolari incarichi di direzione, amministrazione o di governo (art. 14 d.lgs. 33/2013);

- adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitano l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali (vademecum e questionari di autovalutazione);
- formazione *online* sul Codice etico e di comportamento aziendale con particolare riferimento al conflitto di interesse;
- azioni informative finalizzate all'informazione, sensibilizzazione e responsabilizzazione degli attori coinvolti;

Per quanto attiene a consulenti e collaboratori è stata predisposta apposita dichiarazione, da sottoporre prima del conferimento dell'incarico, che attesti l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, come previsto dall'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., come modificato dalla Legge n. 190/2012 e indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche. L'attestazione della verifica dell'insussistenza di conflitto viene pubblicata, così come previsto all'art. 15 del d.lgs. 33/2013, nel sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

2.3.9.1 LE MISURE PER LA GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE NEGLI APPALTI

L'art. 16 del D.Lgs. n. 36/2023 dispone che le stazioni appaltanti le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano affinchè gli adempimenti di cui al comma 3 siano rispettati.

Il comma 1 della citata disposizione definisce specificatamente le ipotesi di conflitto di interesse. Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia ((...)) alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione. In coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.

Il comma 3 della citata disposizione individua, quali rimedi, nel caso in cui si verifichi il rischi di un possibile conflitto di interessi, "*l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente*" e di "*astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione de all'esecuzione*".
La sussistenza del conflitto di interesse comporta, altresì, l'impossibilità per l'amministrazione di conferire l'incarico al soggetto interessato. Se il conflitto di interesse si manifesta, invece, successivamente al conferimento dell'incarico, il rimedio andrà individuato nella revoca dello stesso e nella nomina di un sostituto.

La disposizione in esame va coordinata inoltre con l'art. 95 del D.lgs. 36/2023 secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quanto la sua partecipazione determini il verificarsi di una situazione di conflitto di interessi prevista dall'art. 16 che non sia diversamente risolvibile.

Tale esclusione, come previsto dall'art. 96, non opera automaticamente ma può essere disposta dalla stazione appaltante in qualunque momento della procedura di appalto, qualora risulti che l'operatore economico si trovi, a causa di atti compiuti od omessi prima o nel corso della procedura, in una situazione di conflitto. Nel caso in cui la descritta situazione si verifichi successivamente all'aggiudicazione, la stazione appaltante dovrà adottare i provvedimenti più opportuni, previa valutazione degli interessi coinvolti, segnatamente di annullamento dell'aggiudicazione o risoluzione del contratto

Le Dichiarazioni di Assenza Conflitti di Interesse

Nell'ottica di gestire e prevenire situazioni di conflitto di interesse le strutture deputate all'acquisizione di beni, servizi e lavori (SCA2 Acquisti e Servizio Tecnico) provvedono ad acquisire dai dipendenti e dai diversi soggetti coinvolti nelle operazioni di gara (RUP, progettista, DEC, funzionario istruttore, componenti della Commissione giudicatrice ecc) la dichiarazione di assenza situazioni conflitti di interesse, sottoponendo i documenti esplicativi che facilitano l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali (vademecum e questionari di autovalutazione) e, successivamente, ad effettuare le verifiche e valutazioni.

L'obbligo di rendere la dichiarazione vale almeno per le seguenti persone:

- il dirigente della struttura, all'atto dell'assegnazione all'Ufficio o dell'attribuzione dell'incarico, secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento;
- il personale che contribuisce alla preparazione/stesura della documentazione di gara;
- il RUP per ciascuna procedura di gara;
- i membri della Commissione di gara per ciascuna procedura di gara;
- il RES e il DEC dei singoli contratti

Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero fare insorgere detta situazione. La dichiarazione dei soggetti esterni va resa al responsabile della struttura e al RUP.

Il PNA 2022 distingue le procedure di gara che **utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali,** precisando che in un'ottica di rafforzamento dei presidi di corruzione, **i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti,** devono fornire un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento (obbligo di comunicazione e di astensione). La dichiarazione riferita alla singola procedura di gara va resa al dirigente responsabile della struttura e al RUP. Per i contratti che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, è prevista una sola dichiarazione al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico.
Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara.
Nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non dichiarate, occorre integrare detta dichiarazione. Al medesimo obbligo sono soggetti i soggetti esterni, cui sono affidati incarichi in relazione ad uno specifico contratto.

Come ribadito nel PNA 2022 le strutture competenti della stazione appaltante possono effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni, ivi comprese quelle del RUP. Tali controlli devono essere avviati ogni volta che sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate.
Come riportato nel "*Programma operativo per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse*" – Allegato 4 al PTPCT 2017-2019 disponibile al seguente link https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altricorruzione.xml- i principali strumenti di controllo e verifica sono costituiti da:

- verifica del testo della dichiarazione ed esame delle situazioni di conflitto indicate dallo stesso dichiarante;
- segnalazioni ricevute dall'esterno (anche anonime), seguite da istruttoria in contradditorio con il soggetto interessato;
- elementi desumibili da fatti notori (es. ricerche su internet), dati messi a disposizione da altri enti (es. Telemaco, BDNCP);
- elementi desumibili dal curriculum vitae, nonchè, per il personale interno, tramite consultazione della banca dati *Arxivar*;
- ogni altro elemento utile a disposizione del dirigente della struttura che segue il procedimento.

Per quanto concerne la conservazione e sorveglianza delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse, l'art. 4 del citato Programma operativo dispone che:

Per ciascuna procedura (di appalto, di concorso ecc.) e per ciascun contratto devono essere attivate le procedure di conservazione, archiviazione e di monitoraggio delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, mediante la tenuta di un Registro detenuto e gestito da ciascun servizio, di tutte le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse. Nello stesso saranno anche riepilogate, per ciascuna fattispecie di conflitto riscontrato, mediante compilazione di un verbale di accompagnamento:

- la fattispecie del conflitto;
- l'evento cui questo è collegato;
- la data di individuazione del conflitto e di chiusura dello stesso;
- le misure di mitigazione poste in essere.

Altre Misure Preventive

Si indicano di seguito, sulla scorta delle indicazioni contenute nel PNA 2022, a titolo esemplificativo, altre misure preventive che saranno integrate e/o rafforzate nel corso del triennio di vigenza della presente Sezione:

- individuazione dei criteri di rotazione nella nomina del RUP, ove possibile;

- chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere, valutare e monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interesse. Sul punto, il documento "Programma operativo per l'identificazione e la gestione di confitti di interesse" sarà oggetto di aggiornamento nel corso della vigenza della presente Sezione, con una sezione specifica dedicata alle procedure di gara;
- attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di conflitto di interessi, anche mediante apposite sessioni formative.

2.3.10 FORMAZIONE

La legge n. 190/12 prevede, tra l'altro, la pianificazione di interventi formativi per i dipendenti che sono impegnati in attività maggiormente a rischio di corruzione.
La formazione del personale costituisce una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto favorisce:

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia e approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

L'attività formativa prevista nel Piano Formativo Annuale (P.F.A.) è strutturata su due livelli:

- un livello generale rivolto a tutto il personale e collaboratori, con un intervento di tipo "informativo" in modalità "e-learning" che riguarda tematiche dell'etica e della legalità ed una conoscenza del Codice di comportamento nazionale e del Codice etico e di comportamento aziendale;
- un livello specifico, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai referenti, ai dirigenti e funzionari operanti nelle aree a rischio, che tenga conto di eventuali rischi insiti nelle modalità di lavoro. Il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Ente.

CORSI FAD

"*Anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento*" rivolto a tutto il personale

Anno	n. discenti
2014	481
2015	57
2016	32
2017	52
2018	42
2019	50
2020	44
2021	40
2022	50
2023	53

"*Il codice di comportamento*" rivolto a tutto il personale

Anno	n. discenti
2017	589
2018	102
2019	67
2020	56
2021	51
2022	85
2023	119

CORSI RESIDENZIALI

anno	Corso	destinatari	n.
2014	"*Anticorruzione e trasparenza*"	Personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza)	41
2014	"*Anticorruzione e trasparenza: focus sugli appalti* 6 ore, ripetuto in II edizioni	RPCT, personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza) interessato alle tematiche trattate e ai dirigenti sanitari e medico veterinari che intervengono nel ciclo degli appalti	18
2015	"*le responsabilità del pubblico dipendente*" di 8 ore suddiviso in due edizioni di 4 ore	personale comparto e dirigenza	28
2015	n. 1 corso "*anticorruzione e trasparenza: focus sugli appalti*" di 6 ore, ripetuto in due edizioni	personale comparto e dirigenza	40
2016	1 corso "*Sistemi, modelli e tecniche di gestione del rischio corruzione*" di 12 ore suddiviso in due giornate (27 e 28 settembre 2016)	personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza)	39
2016	1 corso "*anticorruzione e trasparenza: focus sugli appalti*" di 6 ore, ripetuto in due edizioni (14/10/16 e 17/10/16)	rivolto al personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza) interessato alle tematiche trattate e ai dirigenti sanitari e medico veterinari che intervengono nel ciclo degli appalti	39
2017	1 corso "*anticorruzione e trasparenza: focus sugli appalti*" di 6 ore, ripetuto in due edizioni (12/10/17 e 23/10/17)	rivolto al personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza) interessato alle tematiche trattate e ai dirigenti sanitari e medico veterinari che intervengono nel ciclo degli appalti	18
2018	n. 1 corso "Risk management: *sistemi, modelli e tecniche di gestione nelle aree di rischio specifiche dell'area sanitaria, ripetuto in due edizioni (I ed: 10/10/18-20/12/18; II ed. 25/10/18-20/12/18)*	Rivolto ai dirigenti sanitari	70
2020	Trasparenza corruzione e sua prevenzione negli appalti; diritto di accesso agli atti di gara – intera giornata – 29.6.20	Personale amministrativo comparto e dirigenza SCA1, SCA2, SCA3, SCST	11
2020	Nuove disposizione e obblighi in materia di trasparenza e anticorruzione applicati ai contratti di lavori, servizi e forniture – intera giornata – 30.10.20	Personale amministrativo SCST, SCA2	10

Webinar

anno	Corso	destinatari	n.
2020	La gestione del diritto di accesso generalizzato (FOIA) – corso intera giornata	Personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza) – 10.11.2020	10
2021	Il diritto di accessibilità: accesso agli atti e accesso generalizzato	Personale sanitario e personale tecnico amministrativo (dirigenza e comparto)	25
2022	Corso breve intensivo in materia di anticorruzione: gli attori e gli strumenti per garantire integrità della funzione pubblica e prevenzione della *malagestio* e gli strumenti di sensibilizzazione dei dipendenti alle dinamiche e alle soluzioni	Personale tecnico e amministrativo (comparto e dirigenza) 27 e 28 giugno	16
2023	La gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale e internazionale "Modello, approccio e obiettivi del sistema di gestione del rischio corruttivo	Personale amministrativo presso SAGAT	1

In particolare, nel corso dell'anno 2023:

- è proseguita l'erogazione del percorso di formazione di livello generale rivolto a tutto il personale dell'Istituto (sede centrale e sezioni periferiche) intitolato "*Anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento*", erogato con modalità e-learning, che si

prefigge l'obiettivo di fornire al personale un quadro chiaro e completo delle disposizioni normative previste dalla Legge n. 190/2012 e delle strategie dell'illegalità nella pubblica amministrazione, trattando argomenti quali la normativa sulla trasparenza, anticorruzione, codice di comportamento, incompatibilità e inconferibilità degli incarichi e reati contro la pubblica amministrazione. La suddetta attività formativa ha interessato nel 2023 n. 53 partecipanti;

- è proseguita l'erogazione in modalità FAD del corso di formazione "*Il codice di comportamento in IZSVe*" rivolto a tutto il personale dell'Istituto. L'attività formativa ha interessato n. 119 partecipanti);
- Il RPCT ha partecipato in data 04.12.2023 all'evento formativo organizzato da ANAC: "Rpct e *whistleblowing*: esperienze e competenze" .

Nel 2024 le iniziative formative inserite nel Piano Formativo Annuale (P.F.A.) consisteranno nella prosecuzione dell'erogazione dei corsi di formazione di livello generale in modalità e-learning per il nuovo personale e in un percorso formativo specifico rivolto ai dirigenti e al personale con compiti operativi presso strutture ad alto rischio di corruzione.
La formazione specifica sarà una formazione, mirata e diversificata ovvero calata nelle singole realtà lavorative, calibrata sulle specifiche attività a rischio corruzione, finalizzata a fornire elementi di conoscenza utili per l'attuazione del sistema di gestione del rischio e rivolta al personale delle strutture dell'Area Tecnico- Amministrativa e dell'Area Sanitaria
L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione specifica è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione su proposta dei dirigenti afferenti alle aree di rischio.

2.3.11 ROTAZIONE DEL PERSONALE E MISURE ALTERNATIVE

2.3.11.1 RIFERIMENTI NORMATIVI

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1,co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10, lett. b) della L. n. 190/2012.
Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano nei settori particolarmente esposti alla corruzione.
L'art. 16, comma 1, lett. l) *quater* del d.lgs. n. 165/2001, prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per procedimenti di natura corruttiva "c.d. rotazione straordinaria".
Il PNA 2016 nella parte generale – par. 7.2 – e nella Parte Speciale – Capo VII Sanità – ed il successivo PNA 2019 adottati da ANAC forniscono indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica.
L'orientamento di ANAC è stato quello di rimettere l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni e degli altri enti tenuti all'applicazione delle legge n. 190/2012.

2.3.11.2 PREMESSE

Il PNA 2019 ribadisce che la rotazione ordinaria del personale rappresenta una 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 e l'assunzione di decisioni non imparziali. Il ricorso alla rotazione deve 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. 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 adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi.

2.3.11.3 ROTAZIONE ORDINARIA E VINCOLI

La rotazione va vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati alla pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'interscambiabilità.

Atteso che la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione delle proprie strutture, le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva, attinenti al rapporto di lavoro, e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Vincoli soggettivi

Le misure di rotazione devono essere compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).
Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.
Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.
Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici /strutture cui sono affidate attività di elevato contenuto tecnico.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta **infungibilità** derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.
Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune **ipotesi in cui è la stessa legge** che stabilisce espressamente **la specifica qualifica professionale** che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.
Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.
Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento e formazione propedeutiche alla rotazione

Come indicato nei PNA, la rotazione degli incarichi si deve realizzare attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano ad ostacolare il principio di continuità dell'attività istituzionale e delle competenze.
La pianificazione mira ad evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o effettivamente utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione; essa è programmata su base pluriennale ed è calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni Struttura.
Ha altresì carattere di gradualità al fine di mitigare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria, motivo per cui si intende dare priorità innanzitutto agli uffici più esposti al rischio corruzione coinvolgendo in primis il personale con formazione e competenze in parte assimilabili ed avendo cura di programmare **in tempi diversi e non simultanei** la rotazione dei dirigenti e del personale del comparto all'interno di un medesimo ufficio.

L'individuazione di ulteriori criteri generali ed oggettivi e delle modalità di applicazione in via ordinaria del principio di rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, avviene nel rispetto delle procedure di consultazione delle Organizzazioni Sindacali.

2.3.11.4 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

La rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione della corruzione presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che deve contemperarsi con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dirigenti in certi ambiti e settori di attività, e, laddove la rotazione risulta impossibile da attuare, temporaneamente o permanentemente, devono potersi indentificare misure alternative.

Ai fini della redazione del "Piano di rotazione degli incarichi dirigenziali" occorre tenere presente i seguenti criteri:

- necessità di coniugare l'attuazione di tale misura di prevenzione della corruzione con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e garantire la qualità delle competenze professionali necessarie allo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico (anche in considerazione della stretta connessione tra territorialità e competenze specialistiche);
- esclusione dalla rotazione per i Direttori dell'Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria con incarico di struttura complessa per i quali l'art. 29 del CCNL 08/06/2000 prevede che "*Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con le procedure previste dal DPR 484/1997*" con la considerazione, inoltre, che l'eventuale mobilità interna implica la perdita dell'incarico;
- non applicabilità della rotazione per le figure infungibili. Sono infungibili le figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso dì lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali;
- realizzabilità della rotazione a partire dalla scadenza degli incarichi già conferiti.

Come definito nei precedenti PTPCT, per quanto riguarda l'Area Tecnico Sanitaria, e l'Area Tecnico-Amministrativa fermo restando i criteri sopra descritti, ai fini della redazione di un piano di rotazione si deve considerare quanto segue:

- valutazione della rotazione, a scadenza, degli incarichi di dipartimento in relazione alla composizione dei Comitati di Dipartimento ed alla sussistenza dei requisiti professionali richiesti;
- esclusione dalla prima pianificazione dei dirigenti che hanno già subito un mutamento dell'incarico in seguito a riorganizzazioni aziendali;
- valutazione della possibilità, in coerenza con le vigenti disposizioni regolamentari sul conferimento di incarichi dirigenziali, di assegnare incarichi di alta specializzazione in strutture diverse tenendo conto della fungibilità della competenza e professionalità posseduta;
- garantire la più ampia applicazione al criterio di selettività nell'attribuzione degli incarichi di direzione di Strutture Semplici come previsto dalla vigente regolamentazione aziendale in materia.

La redazione di un Piano di rotazione deve comunque contemperarsi con le attività altamente specialistiche svolte presso le strutture aziendali, molte delle quali sono altresì sedi di Centri di Referenza Regionali, Nazionali o Internazionali (OIE e FAO) che richiedono conoscenze e competenze infungibili.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie svolge attività di accertamento dello stato sanitario degli animali e di salubrità dei prodotti di origine animale nonché di ricerca scientifica sperimentale veterinaria.
Esso si articola in una sede centrale ed in 10 sezioni territoriali ciascuna specializzata in un determinato settore per rispondere alle correlate esigenze del territorio.
L'organigramma dell'Istituto prevede un'articolazione in Aree principali: Direzione Generale, Tecnico-Sanitaria e Tecnico-Amministrativa.
A partire dal 2013 l'Istituto è stato interessato da diversi processi di riorganizzazione aziendale che hanno comportato la rotazione soprattutto di incarichi dirigenziali dell'Area Tecnico Sanitaria (soppressione di Strutture Complesse con conferimenti di incarichi di direzione di Struttura Semplice e passaggi da incarichi di Struttura Semplice ad incarichi di Alta Specializzazione).
Nel corso del 2019 e del 2020 sono state apportate delle modifiche alle articolazioni organizzative nell'area tecnico sanitaria e nell'area tecnico amministrativa (DCA n. 3 del 20 marzo 2019 e DCA n. 10 del 8 aprile 2019, DCA n. 4 del 13.02.2020) a valenza di struttura complessa, struttura semplice e unità operative dell'IZSVe - accompagnati dai regolamenti per la graduazione delle funzioni dirigenziali - che hanno comportato anche l'assegnazione a nuove strutture e lo spostamento del personale dirigenziale anche in sedi diverse da quelle di prima destinazione.

Anche nel corso dell'anno 2022 è intervenuto un nuovo atto riorganizzativo (DCA n. 14 del 16 settembre 2022) e successiva DDG n. 425 del 23 dicembre 2022 (con la quale è stata data attuazione alle modifiche approvate dal Consiglio di Amministrazione con decorrenza 01.01.2023, con la gradualità prevista nel citato provvedimento) che ha interessato principalmente le strutture dell'Area Tecnico Sanitaria, a completamento del percorso di miglioramento delle funzionalità per i servizi di supporto già iniziato con la precedente riorganizzazione (DCA n. 4/2020). Tale riorganizzazione ha comportato lo scorporo e riassegnazione di alcune attività tra

le varie strutture interessate (SCS4, SCS0, SCS1, SCT1, SCT3, UO Portineria e centralino, UO Ingegneria Clinica, UO Gestione Ambiente, Servizio Formazione e Sviluppo delle Professioni, Laboratorio Comunicazione) con contestuale riassegnazione del personale.

Pertanto, in aderenza alle indicazioni fornite da ANAC nel PNA 2019 e considerata l'importanza di una adeguata programmazione della disciplina della rotazione e della corretta applicazione dei criteri suindicati, per i periodo di validità dei Piani 2020-2022 e 2023-2024 , le esigenze di rotazione del personale dirigenziale dell'Area Sanitaria si possono considerare soddisfatte sia sulla base delle intervenute riorganizzazioni, sia sulla base delle cessazioni degli incarichi avvenute nell'arco di tempo considerato che hanno comportato la loro attribuzione a diverso personale (complessivamente n. 13 dirigenti medico veterinari/biologi nell'arco temporale 2019-2022: n.6 nel 2022 di cui n. 7 Direttori di Struttura complessa).

Nei periodi citati è stata ad ogni modo attuata, e proseguirà nel corso della vigenza della presente Sezione, quale misura alternativa alla rotazione ordinaria di natura preventiva a titolo esemplificativo l'attuazione di modelli organizzativi che garantiscono la segregazione delle funzioni coinvolte nelle fasi critiche dei processi.

Per quanto concerne l'Area Tecnico-Amministrativa, le strutture amministrative rappresentano lo strumento mediante il quale vengono gestite ed acquisite le risorse produttive umane e materiali necessarie al funzionamento dell'Istituto e garantiti gli adempimenti di carattere tecnico amministrativo richiesti dalla normativa vigente.
Nel corso del 2022 e 2023 le strutture dell'area tecnico amministrativa sono state interessate dalla cessazione di numerosi incarichi dirigenziali, per quiescenza e /o mobilità (complessivamente n. 4 dirigenti: n. 3 nel 2022 di cui n. 1 Direttore di Struttura complessa e n. 2 dirigenti di struttura semplice e n. 1 dirigente nel 2023), in parte non sostituiti.

Considerato il numero esiguo di dirigenti, gli incarichi apicali agli stessi affidati, le specifiche competenze tecniche, professionali e gestionali, la peculiarità dell'attività svolta dall'Istituto, nonché le dimensioni aziendali e le condizioni organizzative esistenti, un eventuale piano di rotazione non può prescindere dalla distinzione tra i ruoli amministrativi e professionali.
Con riferimento al ruolo tecnico professionale tali caratteristiche risultano ancor più accentuate – dati anche i titoli di studio e le abilitazioni che devono essere possedute – tanto da poter affermare la non attuabilità della rotazione per l'unico Direttore Struttura Complessa (Servizio Tecnico), assicurando, comunque, la fungibilità ed intercambiabilità negli incarichi di RUP e DEC tra il Direttore stesso e il dirigente di struttura semplice.
Con riferimento al ruolo amministrativo si deve tener conto, oltre ai fattori e criteri sopra descritti, anche di quanto disposto dalla normativa in riferimento agli specifici requisiti di professionalità del RUP per appalti e concessioni di lavori e per appalti di servizi forniture e concessioni di servizi.
Inoltre, l'esiguità di dirigenti delle strutture dell'Area tecnico, professionale ed amministrativa e le notevoli differenze delle professionalità, che richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative distinte e difficilmente interscambiabili, rendono particolarmente gravoso e complesso il meccanismo di rotazione ordinaria.

In aderenza alle indicazioni fornite da ANAC nel PNA 2019 e considerata l'importanza di una adeguata programmazione della disciplina della rotazione e della corretta applicazione dei criteri suindicati, per il periodo di validità del Piano 2022-2024, le esigenze di rotazione del personale dirigenziale dell'Area Tecnico Amministrativa si possono considerare soddisfatte sia sulla base delle intervenute riorganizzazioni, sia sulla base delle cessazioni degli incarichi avvenute nell'arco di tempo considerato.
Nei periodi citati sono state ad ogni modo attuate, e proseguiranno nel corso della vigenza della presente Sezione, misure alternative alla rotazione ordinaria, descritte al successivo paragrafo.

2.3.11.5 MISURE ALTERNATIVE ALLA ROTAZIONE ORDINARIA

Al fine di contrastare eventuali possibili fenomeni corruttivi nei casi in cui non risultasse possibile applicare il criterio di rotazione del personale, occorre compensare la permanenza nell'incarico o nell'assegnazione ad attività inserenti processi ad elevato rischio corruttivo, con l'adozione di misure organizzative idonee a prevenire il rischio.

Nel corso del 2023 , sono state ad ogni modo attuate nell'Area Amministrativa, e proseguiranno nel corso della vigenza della presente Sezione, quali misure alternative alla rotazione ordinaria di natura preventiva, a titolo esemplificativo le seguenti azioni:

- intensificazione dei controlli nelle fasi del pagamento delle fatture ai fornitori, verificando la segregazione dei compiti tra chi inserisce l'anagrafica del fornitore e chi effettua il pagamento;
- intensificazione delle attività di controllo attraverso la preposizione di due addetti nelle fasi più delicate e sensibili del procedimento ed attivando eventualmente anche *internal audit*;

- adozione di specifiche misure di controllo interno dei procedimenti/processi a rischio alto, definite in sede di mappatura dai dirigenti responsabili delle strutture interessate;
- la rotazione funzionale dell'attività, nell'ambito dello stesso ufficio, affidata di volta in volta a operatori diversi, con rotazione delle pratiche, con particolare riferimento alla rotazione del personale che effettua i pagamenti delle fatture;
- adozione di specifiche misure di controllo interno dei procedimenti/processi a rischio alto, definite in sede di mappatura dai dirigenti responsabili delle strutture interessate;
- alternanza delle figure dei referenti dell'istruttoria, dei componenti delle commissioni di gara e di concorso e dei relativi segretari, nonché del professionista che redige le specifiche tecniche dei capitolati.
- Segregazione delle funzioni, ossia separazione e distinzione delle mansioni all'interno del processo (es. tra chi emette gli ordini e chi effettua le liquidazioni degli stessi);
- misure di formazione specifica dei soggetti coinvolti e maggiormente esposti al rischio di corruzione alto;
- attuazione di meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali (ad es. il referente istruttoria può essere affiancato da altro referente in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento ai fini dell'interlocuzione esterna, più soggetti condividono le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria);
- rafforzamento delle misure di trasparenza, prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetti a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- controllo a campione reciproci su attività del referenti dell'istruttoria nelle gare e su attività di cassa;
- attuazione di meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali (ad es. il referente istruttoria può essere affiancato da altro referente in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento ai fini dell'interlocuzione esterna, più soggetti condividono le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria);
- collaborazione tra diversi ambiti (lavoro in team) tra funzionari di diverse strutture per l'istruttoria dei processi amministrativi a rischio corruzione, anche per favorire pratiche comuni di buona amministrazione di diffusione delle esperienze.

Si rappresenta altresì che la rotazione del **personale del comparto** è assicurata dalla mobilità interna che si realizza secondo le modalità regolamentari attualmente vigenti .

2.3.11.6 ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'art. 16, comma 1, lett. l) *quater* del D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i. dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *"provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*
La norma prevede, infatti, la "rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", quale misura tesa a garantire che nell'are ove si siano verificati i fatti oggetto del procedimento, vengano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

La formulazione generica e non chiara della norma ha indotto l'ANAC a pronunciarsi più volte sulla rotazione straordinaria, a partire dal PNA 2016, fornendo alcune indicazioni, sia sull'ambito soggettivo di applicazione, sia sull'ambito oggettivo. Nell'aggiornamento 2017 del PNA, l'ANAC sottolinea che "al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza : a) dell'avvio del procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti, b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co.1 lett. l) quater del dlgs. 165/01. La valutazione della condotta del dipendente da parte dell'Amministrazione è quindi obbligatoria ai fini dell'applicazione della misura. Quanto al momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata tale valutazione, l'ANAC ha ritenuto che tale momento potesse coincidere "con la conoscenza della richiesta di rinvio a giudizio formulata dal Pubblico Ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente". Con delibera n. 215 del 26.3.2019 recante *"Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1-quater, del d.lgs. n. 165/2001"* che intervengono sull'istituto, stabilendo gli ambiti soggettivi di applicazione e chiarendo tra gli altri aspetti, i reati presupposti e le conseguenze della rotazione straordinaria.
Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria ed eventuale, finalizzata a garantire che nella Struttura ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare sia valutata l'eventuale assegnazione del personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. La misura può sostanziarsi in un trasferimento di sede o nell'attribuzione di un diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione. In caso di obiettiva impossibilità, il dipendente è posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento.

La misura trova applicazione con riferimento ai dipendenti e Dirigenti (interni ed esterni), che hanno un rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato con l'amministrazione.
Essa si applica a tutte le Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 e, quindi, anche al personale dipendente dell'IZSVe.

2.3.11.7 PROCEDIMENTO PENALE PER CONDOTTE DI NATURA CORRUTTIVA

Presupposto oggettivo dell'applicazione della misura è l'avvio nei confronti dei suddetti dipendenti:

a. di un procedimento penale per uno dei seguenti reati contro la Pubblica Amministrazione: dagli **artt. 317** (concussione), **318** (corruzione per l'esercizio della funzione), **319** (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio), **319-*bis*** (circostanze aggravanti), **319-*ter*** (corruzione in atti giudiziari), **319-*quater*** (induzione indebita a dare o promettere utilità), **320** (corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio), **321** (pene per il corruttore), **322** (istigazione alla corruzione), **322-*bis*** (peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri), **346-*bis*** (traffico di influenze illecite), **353** (turbata libertà degli incanti) e **353-*bis*** (turbata libertà del procedimento di scelta del contraente) del codice penale (reati previsti dall'art. 7 della L. n. 69/2015).
   In tal caso l'ente dovrà **obbligatoriamente** adottare un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del soggetto ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria. Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma risulta obbligatoria una valutazione trasparente, collegata all'esigenza di tutelare l'immagine di imparzialità. La motivazione del provvedimento riguarda in primo luogo la valutazione dell'*an* della decisione e in secondo luogo la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato;

b. di un procedimento penale per uno degli altri reati di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconferibilità ai sensi dell'art. 3 D.Lgs. 39/2013, dell'art. 35*bi*s D.Lgs.165/2001 e del D.Lgs. 235/2012: l'adozione del suddetto provvedimento motivato in questi casi è solo **facoltativa**. Il provvedimento eventualmente adottato deve precisare le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente.

2.3.11.8 PROCEDIMENTO DISCIPLINARE PER CONDOTTE DI NATURA CORRUTTIVA

L'ipotesi di applicazione della rotazione straordinaria anche nel caso di procedimenti disciplinari è espressamente prevista dalla lettera l-quater dell'art. 16, c. 1, sempre che si tratti di "condotte di natura corruttiva". Anche in questo caso la norma non specifica quali comportamenti, perseguiti non in sede penale, ma disciplinare, comportino l'applicazione della misura. In presenza di questa lacuna e considerata la delicatezza della materia, si ritiene che il procedimento disciplinare rilevante sia quello avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate nei reati come sopra indicati. Nelle more dell'accertamento in sede disciplinare, tali fatti rilevano per la loro attitudine a compromettere l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e giustificano il trasferimento, naturalmente anch'esso temporaneo, ad altro ufficio. La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé).
Sull'obbligatorietà o meno dell'adozione del provvedimento si rinvia a quanto sopra precisato per i casi a) e b).

2.3.11.9 DISPOSIZIONI COMUNI AD ENTRAMBE LE FATTISPECIE

- Il responsabile del procedimento di adozione del provvedimento di rotazione straordinaria è individuato, ai sensi dell'art. 16, comma 1 *quater,* del D.Lgs. 165/2001, nel Dirigente SCA1 Risorse Umane.
- La misura deve essere applicata quando si ha conoscenza dell'avvio del procedimento penale ovvero al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato (art. 335 c.p.p.).

Avvio del procedimento

L'avvio del procedimento di rotazione esige l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente e potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla

comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.). Sul punto si rinvia alle vigenti disposizioni dei CC.NN.LL. delle Aree del Comparto e della Dirigenza sull'obbligo di comunicazione di tali evenienze all'Amministrazione.
La condotta corruttiva rileva anche se tenuta in altri uffici o in una diversa amministrazione.
Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare. Nelle more dell'adozione di uno specifico atto che disciplini le modalità applicative della misura, ci si deve avvalere delle modalità e tempistiche previste per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari.

Adozione del provvedimento - competenza

La rotazione straordinaria, qualora la fase procedimentale sia ancora in fase di **indagini preliminari**, si sostanzia nel provvedimento, adeguatamente motivato, con il quale l'Amministrazione, stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine e l'imparzialità dell'Istituto, viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. In analogia con la legge n. 97/2001, art.3, il trasferimento può avvenire con un mutamento di sede o con attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.
Qualora, invece, il dipendente venga **rinviato a giudizio**, il provvedimento si sostanzia obbligatoriamente nel trasferimento del dipendente che, qualora sia già avvenuto, dovrà essere confermato.
Ove il provvedimento di rotazione straordinaria riguardi:

a) un dipendente non titolare di un incarico dirigenziale, la misura può sostanziarsi in un trasferimento di sede o di ufficio; la competenza è del Direttore Generale;
b) un dipendente titolare di incarico di funzione, la misura si sostanzierà nella sospensione dell'incarico non potendogli essere attribuito diverso incarico, la competenza ad adottare il provvedimento è del Direttore Generale;
c) un soggetto interno titolare di incarico dirigenziale, esso si sostanzia nell'anticipata revoca dell'incarico stesso, con assegnazione ad altro incarico ovvero, in caso di impossibilità, con assegnazione a funzioni "ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specificamente previsti dall'ordinamento" (art. 19, c. 10 D.Lgs. 165/2001). In alternativa, l'ente può valutare la sospensione dell'incarico dirigenziale con attribuzione *ad interim* ad altro dirigente; la competenza ad adottare il provvedimento è del Direttore Generale;
d) un soggetto esterno titolare di un incarico dirigenziale, viene considerato valido il contratto di lavoro sottostante l'incarico e mantenuto il trattamento economico in godimento ed il soggetto, anche se reclutato per lo svolgimento di uno specifico incarico dirigenziale, può essere affidato a diverso ufficio o a diversa funzione (per esempio di staff); la competenza ad adottare il provvedimento è del Direttore Generale;
e) il Direttore Generale il direttore amministrativo o il direttore sanitario, non potendosi dar luogo alla rotazione, il provvedimento potrà determinare la revoca dell'incarico sempre che non venga confermata la fiducia in relazione ai reati per cui si procede. Se l'incarico viene revocato, potranno, a sua volta, prodursi due ordini di conseguenze: se il Direttore Generale, amministrativo o sanitario è un dirigente incardinato nei ruoli dei dirigenti dell'ente, vi è la possibilità di assegnazione di un incarico o di un ufficio adeguato al mantenimento del trattamento economico spettante in quanto dipendente dell'amministrazione, ovvero, in caso di impossibilità di una tale soluzione, il collocamento in aspettativa o la messa in disponibilità. Invece, se il Direttore Generale, amministrativo o sanitario è un soggetto non incardinato nei ruoli dell'ente, vi sarà la revoca dell'incarico e la risoluzione del sottostante contratto di lavoro a tempo determinato.

La competenza per i provvedimenti nei confronti del Direttore Sanitario ed Amministrativo è del Direttore Generale che ha conferito loro fiduciariamente l'incarico.
Qualora i fatti riguardino il Direttore Generale, il Direttore Sanitario in qualità di facente funzione o il Direttore Amministrativo riferiranno al Consiglio di Amministrazione per i provvedimenti di competenza degli Enti Cogerenti.

Durata

Quanto alla durata della misura di rotazione straordinaria, si ritiene che possa essere disposta, motivatamente da un minimo di tre ad un massimo di cinque anni in relazione alla complessità del procedimento ed al numero di capi di imputazione.
In ogni caso, alla scadenza della durata dell'efficacia del provvedimento di rotazione, l'Amministrazione dovrà valutare la situazione che si è determinata per eventuali provvedimenti da adottare.
Sono comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL.

Rinvio

Per quanto qui non espressamente disciplinato si rinvia alle modalità operative e applicative che verranno gestite dalla Struttura SCA1 Risorse Umane.

2.3.12 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITI (whistleblower)

Definizioni

Il *whistleblower* è la persona fisica che segnala, o divulga tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone, ovvero che denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile, violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuto a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo.
La legge n. 190/2012 aveva introdotto, nel d.lgs. n. 165/2001, con l'art 54-bis, disposizioni in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti, successivamente modificato con la legge n. 179 del 30/11/2017.
Allo scopo di fornire indicazioni operative sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni l'IZSVE aveva adottato, nel corso del 2015, la prima **"whistleblowing policy"**, pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente/altri contenuti/corruzione" del sito internet dell'IZSVE, ed era stato attivato un indirizzo di posta elettronica dedicato whistleblowing@izsvenezie.it gestito dal Responsabile della prevenzione della corruzione.
Successivamente, la suindicata policy è stata revisionata alla luce delle disposizioni contenute nella L. 179/2017 ed approvata come allegato n 6 al PTPCT 2019-2021.

Dal 2019 è inoltre attivo un canale riservato criptato per ricevere tali segnalazioni che possono avvenire via web, via mail, per posta ordinaria, che vengono considerate ove si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

La disciplina del whistleblowing, originariamente dettata dall'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 è stata novellata nel corso del 2023 dal d.lgs. n. 24/2023, efficace dal 15 luglio 2023.
Il D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23.10.2019 disciplina la protezione delle persone che segnalano violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato di cui siano venute a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

Al fine di fornire informazioni sulle modalità, le procedure ed i presupposti per effettuare le segnalazioni in IZSVe, garantendo libertà di espressione e di informazione e contrasto alla cattiva amministrazione, a tutela dell'interesse pubblico e dell'integrità dell'Istituto, nel corso del 2023 è stata redata la nuova "WHITLEBLOWING POLICY - PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI ILLECITI E DELLE IRREGOLARITA'" elaborata nel rispetto delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n. 24/2023, tenuto conto delle indicazioni e dei principi, in quanto applicabili, espressi dall'ANAC nelle Linee Guida approvate con Delibera n. 311/2023 (**ALLEGATO N. 4** alla presente Sezione).

La nuova "WHITLEBLOWING POLICY" verrà pubblicata nella sezione amministrazione trasparente/altri contenuti e nel sito

https://www.izsvenezie.it/amministrazione/segnalazioni-illeciti/

Nell'anno 2023 non sono pervenute segnalazioni.

2.3.13 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Il D.Lgs. 8.04.2013 n. 39 ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. 06.11.2012 n. 190.

Tali disposizioni, applicabili a tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. riguardano i seguenti incarichi:

- **incarichi amministrativi di vertice**: incarichi di livello apicale quali, tra l'altro, quello di Direttore Generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione (art. 1, comma 2, lett. i);
- **incarichi dirigenziali interni:** incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, conferiti a dirigenti o ad altri dipendenti appartenenti ai ruoli dell'amministrazione che conferisce l'incarico ovvero al ruolo di altra pubblica amministrazione (art. 1, comma 2, lett. j);
- **incarichi dirigenziali esterni**: gli incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione conferiti a soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 2, lett. k).

Il decreto ha disciplinato determinate ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità legate al conferimento dei sopra citati incarichi dirigenziali in caso di condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione, in caso di svolgimento di particolari attività o incarichi precedenti.

L'inconferibililtà viene definita come la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g).

L'incompatibilità viene, invece, definita come l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.
La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'ar.t 17 del d.lgs n. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo articolo.

In riferimento all'applicabilità della disciplina del d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del Servizi Sanitario Nazionale, ANAC con deliberazioni n. 1146 del 29.09.2019 e n. 1201 del 18.12.2019, richiamata altresì la sentenza del Consiglio di Stato n. 5583 del 12.11.2014 resa nell'ambito di una controversia sorta sull'applicabilità della causa di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.lgs. 39/2013, ha chiarito l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina del citato decreto, limitandone l'applicazione alle figure del Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, in quanto uniche figure ritenute titolari di competenze gestorie. "*Tutti gli altri dirigenti sanitari, medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi ecc) sono esclusi dall'ambito della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità. La ratio di tale limitazione va ravvisata nel particolare assetto della dirigenza medico sanitaria (veterinaria, chimica, farmacista, biologa, psicologa e fisica). In tal ambito tutti i soggetti menzionati sono formalmente inquadrati come dirigenti, iscritti in un ruolo unico, a prescindere, cioè, dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione di strutture semplici-complesse. La qualifica dirigenziale, in ambito sanitario, è quindi automaticamente connessa alla professionalità degli operatori*". Infatti, la normativa in tema di inconferibilità e incompatibiltià considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenute solo quelli che comportano "*l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione*" non potendosi ritenere sufficiente "*il mero possesso formale della qualifica dirigenziale per essere sottoposti al regime de qua*".

A parere dell'Autorità, quindi, il legislatore ha ritenuto che negli enti del SSN i poteri di amministrazione e gestione spettino unicamente al Direttore generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo specificando inoltre che per la dirigenza del servizio sanitario nazionale, non sottoposta all'inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria, valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs. 39/2013 se titolare di competenze di amministrazione e gestione.

Pertanto, in applicazione delle interpretazioni fornite dall'ANAC e dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato in merito, la disciplina relativa alle **inconferibilità e incompatibilità di cui al d.lgs. 39.13** è da ritenersi applicabile con riferimento alla realtà dell'IZSVe **solo al Direttore generale, sanitario, amministrativo ed agli incarichi di natura gestionale della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale** con esclusione della dirigenza dell'area sanità.

Misure in essere:

Ai sensi dell'art. 20 del decreto in esame l'accertamento dell'insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini ed alle condizioni stabilite dall'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000, pubblicata sul sito dell'amministrazione conferente.
La dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (art. 20, comma 4).

Al fine di garantire la sistematica osservanza degli obblighi posti dal D.Lgs. n. 39/2013 e quanto disposto dalla delibera ANAC n. 833/2016 , la SCA1 Risorse Umane provvede a:

- inserire nei bandi e negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali l'espressa indicazione della cause ostative previste dal D.lgs. n. 39/2013 e una clausola in virtù della quale l'efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico è condizionata all'acquisizione agli atti della dichiarazione di insussistenza delle cause ostative che l'interessato è tenuto a rendere ai sensi dell'art. 20 del citato decreto legislativo;
- acquisire le dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità dai destinatari dell'incarico;
- effettuare le verifiche sulle dichiarazioni rese relativamente all'insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità, prima del conferimento dell'incarico. Le verifiche vengono attuate tramite richiesta ai competenti organi giudiziari, ai fini della verifica sull'insussistenza di condanne penali, della certificazione relativa ai carichi pendenti ed al casellario giudiziale.

In riferimento agli accertamenti concernenti le ipotesi di incompatibilità si avvale di ogni banca dati liberamente accessibile (es: servizio "Telemaco" offerto dalle Camere di Commercio).

- inserire negli atti di conferimento/rinnovo dell'incarico una clausola in virtù della quale l'assolvimento dell'obbligo di rendere annualmente, nel termine stabilito dall'amministrazione, e tempestivamente su richiesta della medesima, la dichiarazione di cui all'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013 costituisce condizione di efficacia dell'incarico e che la sua violazione comporta la decadenza/rimozione dall'incarico medesimo.
- pubblicare delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità nella sezione amministrazione trasparente.

Qualora riscontri la sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità, provvede a darne comunicazione tempestivamente al RPCT che, ai sensi dell'art. 15 del D.lgs. n. 39/2013, e secondo quanto disposto dalla determina ANAC n. 833/2016 provvede ad avviare il procedimento di accertamento.
Annualmente, mediante nota, la SCA1 Risorse Umane rinnova la richiesta di aggiornare le proprie dichiarazioni.

Qualora dalle dichiarazioni rese o dai controlli effettuati emergessero ipotesi di inconferibilità o incompatibilità l'Istituto provvede ad applicare rispettivamente le disposizioni previste dagli artt. 17, 18 e 19 del D.Lgs. 39/2013 nonché quelle stabilite dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e relativi allegati e le disposizioni contenute nella determinazione ANAC n. 833 del 3.8.2016.
Sul punto, la delibera ANAC n. 833 del 3/8/2016 recante *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*" definisce il procedimento di accertamento concreto delle inconferibilità/incompatibilità, i poteri dell'ANAC e del RPCT, nonché la natura dei provvedimenti sanzionatori nei confronti degli organi che abbiano conferito incarichi in violazione di legge.

Le Linee guida attribuiscono esplicitamente all'organo che conferisce l'incarico – con l'ausilio degli uffici competenti per materia – il compito di verificare l'insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità già prima della formalizzazione dell'incarico *"……. Fermo restando che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4 d.lgs. 39/2013), tuttavia è altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica, da parte dell'organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti. L'istruttoria svolta ai fini della verifica della dichiarazione viene valutata dal RPCT e dall'ANAC ai fini della configurabilità dell'elemento psicologico in capo all'organo di indirizzo, nell'ambito del procedimento sanzionatorio di cui all'art. 18 d.,lgs. 39/2013."*
Le verifiche sull'insussistenza delle cause di inconferibilità vanno pertanto effettuate in fase di affidamento degli incarichi dall'organo conferente, tramite la SCA1 Risorse Umane. Il RPCT interviene solo successivamente, nell'ipotesi in cui – venuto a conoscenza (su

segnalazione degli uffici, informativa o fatto notorio) di una situazione di inconferibilità – avvii un procedimento di accertamento, così come previsto nelle surrichiamate Linee guida.

Ai fini del monitoraggio circa l'attuazione della misura di prevenzione in oggetto, la SCA1 Risorse Umane provvede a trasmettere al Responsabile della prevenzione, entro il 30 novembre di ogni anno, sia rispetto ai casi di inconferibilità che di incompatibilità, un report dalla quale si evince:

azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2023
acquisizione delle dichiarazione da parte degli interessati circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità per ciascun incarico	SI
Inserimento della clausole nei bandi e negli interpelli di incarichi dirigenziali con espressa indicazione della cause ostative previste dal d.lgs. 39/13	SI
Inserimento della clausola art 20 d.lgs. 39/13 negli atti di conferimento/rinnovo incarico	SI
Verifiche circa la presenza di situazioni di inconferibilità	100%
n. delle violazioni inconferibilità accertate per sussistenza di condanna pensale ai sensi dell'art. 3 d.lgs. 39/13	0
n. segnalazioni pervenute in relazione alla presenza di situazione di incompatibilità	0
Verifiche cause di incompatibilità su totale dichiarazioni acquisite	100%

Resta inteso che se dall'esito dei controlli siano accertate eventuali violazioni o siano pervenute segnalazioni in relazione alla presenza di situazioni di incompatibilità, la Struttura provvederà a darne immediata comunicazione all'RPCT.

2.3.14 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

L'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

a. fare parte di commissioni di concorso, anche con compiti di segreteria, per l'accesso o la selezione a pubblichi impieghi;
b. essere assegnati anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati (a tale proposito il PNA 2019 precisa che l'ambito soggettivo comprende i dirigenti, i funzionari e i collaboratori qualora questi ultimi svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);
c. fare parte di commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il PNA 2019, in particolare, raccomanda di: impartire direttive interne per effettuare i controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo di controllo; fornire istruzioni affinchè gli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento; adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso; prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione, le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

a. all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso;
b. all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
c. all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Misure in essere

Con riferimento **alla lett. a)** della disposizione sopra citata la **Struttura SCA1 Risorse Umane,** provvede, all'atto della nomina a componente/segretario di commissioni di concorso/selezione a far sottoscrivere agli interessati un'apposita dichiarazione, ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., di insussistenza di condanne penali per i reati indicati nella disposizione stessa, con la

precisazione che la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora passata in giudicato.
Al fine del controllo della veridicità delle dichiarazioni rese, considerato che le Commissioni di concorso/selezione sono prevalentemente composte da personale dipendente dell'Istituto, la Struttura provvede sempre a richiedere ai competenti organi giudiziari la certificazione relativa ai carichi pendenti ed al casellario giudiziale per i componenti esterni mentre procede a campione (almeno 10%) per i componenti interni.
Si precisa, inoltre, che tale causa ostativa al conferimento è stata espressamente prevista anche nel *"Regolamento per l'assunzione a tempo indeterminato e determinato del personale del comparto presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie"* approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 534 del 8 novembre 2013.

Con riferimento alla lett. b), le dichiarazioni del personale al quale si applica il citato articolo vengono acquisite dalla SCA1 Risorse Umane.

Con riferimento alla lett. c) della disposizione sopra citata, i dirigenti delle strutture SCA2 Gestione Acquisiti e Logistica, Servizio Tecnico, provvedono, all'atto della nomina a componente/segretario di commissioni per la scelta del contraente a far sottoscrivere agli interessati un'apposita dichiarazione, ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., di insussistenza di condanne penali per i reati indicati nella disposizione stessa.
Al fine del controllo della veridicità delle dichiarazioni rese, considerato che le Commissioni per la scelta del contraente sono prevalentemente composte da personale dipendente dell'Istituto, le Strutture in presenza di casi di specie provvedono sempre a richiedere ai competente organi giudiziari la certificazione relativa ai carichi pendenti ed al casellario giudiziale per i componenti esterni, mentre procederanno a campione per i componenti interni.
Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza, provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

Monitoraggio della misura

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'Ente, trasmettendo, ai fini del monitoraggio della misura di prevenzione in oggetto, al Responsabile della Prevenzione della corruzione di un report di monitoraggio al 30 novembre che indichi:

azioni poste in essere	Monitoraggio 2023
Acquisizione delle dichiarazioni ex art. 35 bis d.lgs. 165/2001 lett a) b) e c)	Si
Verifiche carichi pendenti e casellario	SI
n. violazioni accertate	0

Nel 2023 non sono state accertate violazioni

2.3.15 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, nel corso del triennio saranno adottate le seguenti azioni:

a. iniziative volte ad assicurare un'efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione adottata ed attuata dall'IZSVe tramite pubblicazione sul sito web aziendale, nell'apposita sezione dedicata alla prevenzione della corruzione, dei documenti e delle notizie rilevanti a tal fine, ed, in primis, del presente Piano e dei suoi aggiornamento e della relazione annuale riportante i dati sulla sua attuazione;
b. i cittadini e le associazioni di utenti potranno fornire indicazioni ai fini del miglioramento della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza. Il coinvolgimento avverrà via web anche mediante la raccolta di contributi. L'esito delle consultazioni sarà pubblicato sul sito internet aziendale e in apposita sezione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generati da tale partecipazione.

2.3.16 ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

L'art. 1, co. 42, lett. l) della legge n. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. "*incompatibilità successiva*" (*pantouflage*), introducendo all'art. 53, del D.Lgs. 165/2001 il co. 16-*ter* che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al settore privato a seguito della cessazione del servizio.

La norma dispone il divieto, per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 (ovvero soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In caso di violazione del divieto sono previste specifiche **conseguenze sanzionatorie** che hanno effetti sia sul contratto di lavoro che sull'attività dei soggetti privati. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e, i soggetti privati che hanno concluso o conferito incarichi in violazione del divieto, non possono contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati, riferiti a detti contratti o incarichi. Come ribadito dal Consiglio di Stato (Se. V, sentenza n. 7411 del 29 ottobre 2019), tale norma disciplina una fattispecie qualificabile in termini di "incompatibilità successiva" alla cessazione del servizio del dipendente pubblico.

Scopo della norma è, da un lato, quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodi di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Dall'altro il divieto ha lo scopo di ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione, opportunità di assunzione o incarichi, una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Il pantouflage si applica quindi

- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
- Ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013

Il divieto opera dalla cessazione dell'incarico ed è riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati. Son esclusi gli incarichi di natura occasionale, privi cioè del carattere della stabilità.
Come precisato da ANAC nell'aggiornamento al PNA 2019, *"…il divieto è da intendersi riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i medesimi soggetti privati, mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare a favore degli stessi. Tale linea interpretativa, emerge dalla disciplina sulle incompatibilità e inconferibilità di incarichi, laddove l'ambito di applicazione del di vieto di pantouflage è stato ulteriormente definitivo, L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel medesimo decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce una rapporto di*

lavoro, subordinato o autonomo. Nel prosieguo, il riferimento ai dipendenti pubblici, va, pertanto, inteso nel senso di ricomprendere anche i titolari di incarichi indicati all'art. 21 del d.lgs. 39/2013".

Nel PNA 2022 ANAC ha precisato che rientrano nei "***poteri autoritativi o negoziali per conto della pubblica amministrazione***" sia i provvedimenti afferenti specificatamente la conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la PA, sia provvedimenti adottati unilateralmente dalla pubblica amministrazione, quale manifestazione del potere autoritativo, che incidono, modificandole, sulla situazione giuridiche soggettive dei destinatari. "*Tra questi può ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere."*

Per quanto concerne i **soggetti privati destinatari dell'attività della p.a**. svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, nel PNA 2022 ANAC rinvia ad apposite linee guida, precisando che:

- il divieto si applica anche alle società con sede all'estero, purchè le stesse siano state destinatarie di poteri autoritativi o negoziali efficaci secondo le regole di diritto vigenti nel nostro ordinamento;
- il divieto non si applica alle società *in house* della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico, agli enti privati costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro di pubblico impiego del dipendente che non presentino profili di continuità con enti già esistenti, ad enti pubblici.

Misure esistenti e misure da adottare nel corso della vigenza della presente Sezione.

L'Istituto, tramite la competente struttura, adotta le seguenti misure:

- integrazione del contratto individuale di lavoro del personale con qualifica dirigenziale, della clausola che prevede esplicitamente il divieto di pantouflage;
- inserimento **nei bandi di gara** o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, anche mediante procedura negoziata dell'obbligo da parte dell'operatore economico di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto (acquisizione dichiarazione sostitutiva di certificazione);
- previsione di **esclusione** dalle procedure di affidamento i soggetti per i quali sia emersa la situazione sopra esposta;
- **previsione di agire in giudizio** per ottenere **il risarcimento del danno** nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.
- decretare la **nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti** in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con l'Istituto per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti o accertati ad essi conferiti.

Per l'eventuale integrazione delle misure da attuare per il 2024 si rinvia alle Linee Guida che saranno adottate da ANAC.

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'ente trasmettendo al RPCT una relazione al 30 novembre di ciascun anno che indichi eventuali violazioni accertate distinguendo tra assunzioni e incarichi professionali.

Monitoraggio misura

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'Ente, trasmettendo, ai fini del monitoraggio della misura di prevenzione in oggetto, al RPCT di un **report di monitoraggio al 30 novembre 2023** che indichi:

azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2023
Integrazione dei contratti di lavoro individuale/consegna a dipendenti dimissionari di informativa da fare firmare/inserimento clausola nei nuovi contratti del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter d.lgs. 165/2001	si
Inserimento della clausola nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti	si
n. violazioni accertate	0

2.3.17 SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

L'art. 53, comma 2, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. prevede che le pubbliche amministrazioni non possono conferire ai dipendenti incarichi non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da legge o altre fonti normative, o che non siano previamente autorizzati.

La ratio della normativa relativa all'autorizzazione a poter svolgere attività extra- istituzionali si rinviene da una lato nella necessità di ottemperare al disposto costituzionale dell'art. 98, dall'altro nella connessa esigenza di evitare situazioni di conflitto di interesse.
Il rilievo della disciplina *de qua* ai fini della prevenzione della corruzione si evince anche dalla specifica misura di trasparenza dettata dall'art. 18 D.Lgs 33/2013 che impone alle amministrazioni di pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Alle disposizioni relative agli incarichi retribuiti si affianca il nuovo regime relativo agli incarichi non retribuiti che devono essere comunicati dal dipendente con eventualità di diniego ove l'amministrazione, svolte le opportune valutazioni, ritenga l'incarico confliggente con la funzione pubblica svolta dal dipendente interessato. In relazione a tali incarichi è previsto l'obbligo per la p.a. di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53 c. 12).

L'Istituto ha adottato con DDG n. 429 del 14 agosto 2015 il *"Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali"* che detta criteri e procedure per il rilascio, al personale dipendente, delle autorizzazioni da parte dell'IZSVe per lo svolgimento di incarichi, non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.
L'Istituto ha completato nel corso del 2022 l'implementazione della procedura informatica per la gestione delle autorizzazione degli incarichi oggetto del presente articolo.

Monitoraggio misura

La struttura SCA1 Risorse Umane adotta le dovute iniziative a tutela dell'Ente, trasmettendo, ai fini del monitoraggio della misura di prevenzione in oggetto, al Responsabile della Prevenzione della corruzione di un report di monitoraggio al 30 novembre 2023 che indichi:

azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2023
n. segnalazioni pervenute per incarichi extra istituzionali non autorizzati	0
Verifiche circa la presenta di incarichi extra istituzionali non autorizzati	Si
n. violazioni accertate	0

2.3.18 PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI

L'art 1, comma 17 della legge 190/12, prescrive che le stazioni appaltanti posso prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara.
I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionate la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento dirette alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.
Al fine di consentire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché garantire una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, il Patto di integrità costituisce, parte integrante di qualsiasi procedura di affidamento indetta dall'Istituto avente ad oggetto:

- i contratti di appalto di beni e servizi, inclusi ovvero esclusi in tutto in parte dall'applicazione del D. Lgs. n. 50/2016, e di concessione di servizi, il cui importo presunto sia pari o superiore alle soglie di rilevanza comunitaria gestiti dalla SCA2 Acquisti e Logistica;
- I contratti di appalto di beni, servizi e lavori pubblici gestiti dal Servizio Tecnico il cui importo presunto sia uguale o superiore a €. 150.000,00 IVA esclusa.

Nel corso del 2021 lo schema di Patto di integrità è stato oggetto di ulteriore revisione la cui versione finale è allegata al Piano approvato con DCA 2/2022 (**allegato n. 5** del PTPCT 2022-2024) https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altricorruzione.xml.

Monitoraggio misura

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'Ente trasmettendo entro la fine di ogni anno al RPCT un report al 30 novembre che indichi:

azioni poste in essere	Monitoraggio Anno 2023
Utilizzo dello schema di patto di integrità secondo le indicazioni contenute nella Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza	si
n. azioni di tutela avviate	0

2.3.19 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

L'informatizzazione dei processi riveste un ruolo fondamentale anche ai fini della prevenzione della corruzione riducendo, da un lato, i margini di interventi "discrezionali" e agevolando, dall'altro, sistemi di gestione e controllo dell'attività amministrativa. Essa consente inoltre, per tutte le attività poste in essere dall'Amministrazione, la tracciabilità delle fasi del processo con emersione delle connesse responsabilità in ciascuna fase ed evidenza dei momenti di maggiore criticità.

In tale quadro, l'IZSVe ha già da tempo informatizzato i seguenti processi e attività:

- **sistema automatico di rilevazione delle presenze/assenze del personale**: dal 2009 tutto il personale dipendente dell'IZSVe utilizza l'applicativo "Angolo del dipendente" presente nella rete intranet aziendale, per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie, riposi compensativi e omesse timbrature) in luogo della modulistica cartacea; nell'anno 2016 verrà effettuato uno studio di fattibilità per l'utilizzo di un'estensione del citato applicativo che consenta ad ogni responsabile di Struttura Complessa il monitoraggio in autonomia delle presenze/assenze del personale afferente la propria struttura;
- **sistema automatico per la gestione delle trasferte:** da ottobre 2012 tutto il personale dell'IZSVe utilizza l'applicativo "Gestione Missioni", presente nella rete intranet aziendale, per la gestione delle trasferte (richieste ed autorizzazioni);
- **sistema automatico per la richiesta di buoni pasto**: da dicembre 2014 tutto il personale dell'IZSVE utilizza in via sperimentale una procedura informatica per la richiesta di blocchetti di buoni pasto; data la recente introduzione, per i primi mesi del 2016, tale procedura informatizzata andrà ad affiancare il precedente sistema di richiesta di blocchetti buoni pasto, fino alla sua completa sostituzione;
- **sistema gestione procedure dei bandi/selezioni per acquisizione di personale:** da settembre 2013 è stato adottato un sistema informatizzato per l'acquisizione delle domande di concorso; ai potenziali candidati è richiesta la compilazione della domanda mediante un format on line, riducendo così il rischio di inosservanza di regole procedurali, a garanzia della trasparenza ed imparzialità dei concorsi e delle prove selettive. La presenza di una domanda informatica previene il rischio di definizione di requisiti di accesso personalizzati e di insufficienti meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti.
- protocollo informatico;
- **informatizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi:** da gennaio 2014 è attivo presso il Servizio Approvvigionamenti e Gestione di Beni e Servizi un flusso documentale, gestito mediante software specifico, volto a guidare il personale addetto nelle procedure di acquisizione in economia di importo inferiore a €. 5.000,00. Nel 2015 è stato avviato il flusso informatizzato per la gestione delle procedure di affidamento diretto, senza previa indagine di mercato, per importi inferiori a €. 40.000,00; è stato predisposto il flusso informatizzato per la gestione delle procedure di affidamento diretto, previa

indagine di mercato, per importi < €. 40.000,00; è stato predisposto il flusso informatizzato per la gestione delle procedure negoziate per importi > €. 40.000,00;

- informatizzazione del processo di pubblicazione dei dati, documenti e delle informazioni nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale attraverso l'utilizzo di un software;
- dematerializzazione e informatizzazione degli atti (delibere e determine dirigenziali);
- informatizzazione del processo di pubblicazione delle informazioni sulle singole procedure tramite l'applicativo di cui al punto precedente;
- informatizzazione iter pagamento fornitori: fatturazione elettronica;
- informatizzazione del ciclo passivo;
- informatizzazione procedura per la tracciabilità delle opere pubbliche: è stata avviata nel secondo semestre dell'anno 2014 la procedura informatizzata per garantire la tracciabilità delle opere pubbliche mediante l'utilizzo da parte del personale afferente il Servizio Tecnico di un portale che consente di rilevare con maggiore immediatezza, dati e atti documentali, inerenti le varie fasi delle singole opere pubbliche;
- informatizzazione del fascicolo del dipendente: completata con cedolini e cartellini, cud, certificati medici ed eventuali maternità
- informatizzazione processo di formazione dei provvedimenti amministrativi (DDG e determine dirigenziali): verso la fine del 2015 è stato avviato il processo in parola che avrà piena attuazione a decorrere dal 1 gennaio 2016.
- informatizzazione del processo del campione "izitrack": Nel 2015 è stato implementato e attivato per alcuni laboratori "pilota" il sistema di tracciabilità dei campioni "izitrack" che verrà progressivamente esteso a tutti i laboratori IZSVe nel corso del biennio 2016-2017;
- informatizzazione del processo di gestione del rischio: nel 2019 è stato acquisito un nuovo software per la mappatura dei processi, identificazione e valutazione rischi, individuazione delle misure di trattamento e monitoraggio;
- introduzione di un software per la tracciabilità dei rifiuti dal luogo di produzione al conferimento al trasportatore (per il 2016 solo per la sede centrale, da estendere per il 2017 alle sezioni periferiche);
- riscossione delle entrate con PagoPA;
- creazione di una banca dati aziendale tramite software *Arxivar* alimentata da ciascuna struttura amministrativa con i dati per singolo dipendente degli incarichi extra istituzionali, della partecipazione a commissioni di gara e di concorso e di ogni altro rapporto con l'esterno, al fine di consentire di avere uno strumento di monitoraggio e verifica ai fini dell'individuazione di situazioni, potenziali o reali di conflitti di interesse;
- informatizzazione del procedimento amministrativo di gestione degli infortuni sul lavoro da parte della SCA1 – Servizio Gestione Risorse Umane.
- piattaforma per le procedure di gara;
- gestione informatizzata delle segnalazioni - whistleblowing;
- informatizzazione del magazzino centrale e n. 4 magazzini di reparto periferici in via sperimentale;
- implementazione informatizzazione gestione delle presenze/assenze (HR Platinum);
- informatizzazione segnalazione anomalie per attivazione manutenzione ordinaria/straordinarie;
- per favorire la condivisione di informazioni relative alla gestione del personale (ad es. assunzioni, cessazioni, variazione di rapporto, materntà congedi ecc) tra la Struttura Risorse Umane, l'UO Ricerche e Cooperazione Internazionale e l'UO Controllo di Gestione, creazione di una cartella condivisa ove sono resi disponibili i prospetti di rilevazione del personale strutturato e borse di studio.

2.3.20 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

I dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali, sulla base dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza individuati, provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto e alla tempestiva eliminazione delle anomalie.
In caso emergessero scostamenti rispetto alla tempistica prevista, la comunicazione al RPCT deve contenere l'indicazione dei motivi per i quali ciò sia avvenuto.
Per il 2023 non vi sono criticità da segnalare.

2.3.21 MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE

Le misure specifiche sono appositamente individuate per prevenire l'accadimento di specifici rischi di corruzione o per contenerne l'effetto. Coerentemente con gli indirizzi forniti dal PNA, le azioni di prevenzione specifiche sono state individuate dai dirigenti che hanno la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio, i quali hanno formulato le proposte di trattamento.

2.3.22 MONITORAGGIO E VIGILANZA ENTI DI DIRITTO PRIVATO IN CONTROLLO PUBBLICO ED ENTI DI DIRITTO PRIVATO PARTECIPATI

Il D.Lgs. n. 175/2016, recante "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica" (TUSP), come modificato dal D.Lgs. n. 100/2017, ha operato un riordino della disciplina in materia di società pubbliche, incidendo su vari aspetti, fra i quali la *governance*, la gestione del personale, la razionalizzazione delle partecipazioni, il sistema dei controlli, introducendo anche disposizioni innovative sotto il profilo degli adempimenti, sia in capo alle pubbliche amministrazioni socie, sia in capo alle società.
Lo stesso Decreto ha previsto che le amministrazioni pubbliche non possano, direttamente o indirettamente, mantenere partecipazioni, anche di minoranza, in società rientranti negli organismi di cui ai titoli V e VI, capo I del libro V del codice civile, anche aventi come oggetto sociale lo svolgimento di attività consortili, ai sensi dell'art. 2615 c.c..

Questo Istituto, con DDG n. 444/2017, ha effettuato, ai sensi dell'art. 24 del TUSP, una ricognizione straordinaria delle partecipazioni possedute dalla quale è emerso che l'IZSVe non detiene alcuna delle predette partecipazioni societarie previste dalla normativa sopra citata.
L'art. 20, comma 1 del TUSP rubricato "*Razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche*" prevede che le amministrazioni pubbliche, che detengono partecipazioni in Società, effettuino annualmente, con proprio provvedimento da adottarsi entro il 31.12 di ogni anno, un'analisi dell'assetto complessivo delle società in cui detengono partecipazioni, dirette o indirette, predisponendo, ove ricorrano i presupposti di cui al comma 2, un piano di riassetto per la loro razionalizzazione, fusione o soppressione, anche mediante messa in liquidazione o cessione.

Tale piano va quindi predisposto prendendo prioritariamente a riferimento i criteri indicati al successivo comma 2, di seguito indicati:

a. partecipazioni societarie che non rientrino in alcuna delle categorie di cui all'art. 4;
b. società che risultino prive di dipendenti o abbiano un numero di amministratori superiore a quello dei dipendenti;
c. partecipazioni in società che svolgono attività analoghe o similari a quelle svolte da altre società partecipate o da enti pubblici strumentali;
d. partecipazioni in società che, nel triennio precedente, abbiano conseguito un fatturato medio non superiore a un milione di euro;
e. partecipazioni in società diverse da quelle costituite per la gestione di un servizio d'interesse generale che abbiano prodotto un risultato negativo per quattro dei cinque esercizi precedenti;
f. necessità di contenimento dei costi di funzionamento;
g. necessità di aggregazione di società aventi ad oggetto le attività consentite all'art. 4.

In forza delle definizioni di cui all'art. 2 del TUSP, per "partecipazione" si intende "*la titolarità di rapporti comportanti la qualità di socio in società o la titolarità di strumenti finanziari che attribuiscono diritti amministrativi" e per "partecipazione indiretta" si intende "la partecipazione in una società detenuta da un'amministrazione pubblica per il tramite di società o altri organismi soggetti a controllo da parte della medesima amministrazione pubblica*".

Con DDG n.670/2018, n. 67/2020, n. 502/2020, n. 480/2021, n. 407/2022 e n. 404/2023 è stato preso atto che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, questo Istituto non deteneva alcuna partecipazione societaria di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 175/2016 e ss.mm.ii..

Con DCA n. 2 del 17 gennaio 2020 il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di presentare domanda di adesione al Consorzio per la ricerca sanitaria (CORIS), con sede in Padova, consorzio volontario tra enti operanti direttamente o indirettamente nel settore della sanità, della ricerca scientifica e dell'assistenza sociale, che opera nel pubblico interesse e non ha scopo di lucro e, con successiva DDG n. 147 del 22 aprile 2020, si è preso atto dell'adesione dell'IZSVe al suindicato Consorzio.

Con DCA n. 6 del 29 aprile 2022 il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di presentare domanda di adesione alla Fondazione Agrifood & Bioeconomy FVG, con sede in Colloredo di Monte Albano (UD), adesione formalmente accolta in data 04.05.2022. L'adesione alla Fondazione in parola, che opera nel pubblico interesse e non ha scopo di lucro, coerente con la *mission* istituzionale dell'IZSVe, permette di favorire processi in rete con strutture operanti sul territorio regionale, nazionale ed europeo, con l'obiettivo comune di fornire supporto tecnico scientifico e di sviluppare e migliorare la qualità dei servizi sanitari con particolare riferimento all'ambito agro alimentare.

Con DCA n. 14 del 22 settembre 2023 il Consiglio di Amministrazione ha deliberato l'adesione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie all'**Associazione "Consortium GARR"**, in qualità di associato aderente della categoria "IRCCS e IZS". L'adesione alla suddetta Associazione consente di disporre di infrastrutture nazionali che permettono la gestione, condivisione e l'analisi di grandi *dataset* e archivi di dati, così come l'accesso alle tecnologie e ai servizi da parte dei ricercatori, nonché di favorire processi in rete con strutture operanti nel territorio nazionale e internazionale, con l'obiettivo comune di fornire un supporto tecnico scientifico e di sviluppare e migliorare la qualità dei servizi sanitari.

Le partecipazioni al Consorzio, alla Fondazione e all'Associazione sopracitati, trattandosi di partecipazioni di carattere non societario, non rientrano nel perimetro oggettivo di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 175/2016, la cui applicazione è prevista solo con riferimento alle partecipazioni detenute in società a totale o parziale partecipazione pubblica.

In virtù di quanto previsto dalla L. n. 190/2012 e dai relativi decreti attuativi (tra cui il D.Lgs. n. 33/2013 e il D.Lgs. n. 39/2013), dal D.Lgs n. 175/2016 "*Testo Unico in materia di Società a Partecipazione Pubblica*" (TUSP), dal PNA, nonché dalle "*Nuove Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e dagli enti pubblici economici*" approvate con Delibera ANAC n. 1134 del 08.11.2017, che hanno sostituito integralmente quelle approvate con Determinazione ANAC n. 8 del 17.6.2015, le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico o partecipati dalle Pubbliche Amministrazioni sono tenuti ad ottemperare, entro il 31 gennaio, seppure in modo differenziato, alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Al fine di consentire la corretta comprensione del sistema di vigilanza attuato dalle pubbliche amministrazioni sugli enti di diritto privato in controllo pubblico o non in controllo pubblico, appare opportuna, in considerazione del diverso ambito di applicazione rispetto alle linee guida adottate da ANAC nel 2017, un breve cenno anche alle disposizioni contenute all'art. 22 del d.lgs. 33/2013. Il citato articolo dispone, per le pubbliche amministrazioni, l'obbligo di pubblicare (tra gli altri) i dati relativi a:

a. tutte le società, controllate o anche solo partecipate;
b. tutti gli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo pubblico oppure, anche se non in controllo, comunque costituiti o vigilati, nei quali siano riconosciuti alle medesime PA poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi.

Appare evidente come l'elenco dei soggetti presi in considerazione dall'art. 22 sia diverso e più esteso di quello preso in considerazione dall'art. 2-*bis*, che identifica l'elenco dei soggetti direttamente tenuti ad applicare – seppure con diversa intensità – le norme in tema di trasparenza.

In virtù di quanto sopra esposto – alla data di adozione della presente Sezione – il sistema delle partecipazioni dell'IZSVe è costituito dai seguenti enti di diritto privato:

Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali

L'Associazione temporanea di scopo denominata "Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali" è stata costituita nel 2011 – esclusivamente tra Istituti Zooprofilattici Sperimentali - 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.
I documenti e le informazioni in materia di trasparenza nonché quelle contenenti le misure di prevenzione della corruzione ex L. n. 190/12 e i loro aggiornamenti, inclusi il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e il PTPC sono stati pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" dell'AIZS al seguente link: https://trasparenza.izsler.it/AIZSTrasparenza/
L'art. 3, co. 2 del d.lgs. n. 97/2016, introduttivo dell'art. 2-bis al d.lgs. n. 33/2013, ha limitato l'applicazione degli obblighi di pubblicazione in tema di trasparenza "*alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro*", facendo venire meno qualsivoglia obbligo di pubblicazione a carico dell'Associazione.
Per tale ragione, si dà atto della nota del 17 gennaio 2017 acquisita a prot. n. 506 del 18 gennaio 2017 con la quale il RPCT dell'Associazione informa che la stessa, ente di diritto privato soggetto a controllo pubblico con un bilancio inferiore a € 500.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 2-*bis* della Legge n. 190/12 e dell'art. 2-*bis*, co. 2, del d.lgs. 33/2013, dal 2017 non è soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni.

In conformità a quando disposto dall' art. 22 del d.lgs. n. 33/2013 al seguente link https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/controllari.xml sono pubblicati e aggiornati i dati relativi all'Associazione.

Consorzio per la Ricerca Sanitaria (CORIS)

Il Consorzio per la Ricerca sul Trapianto d'Organi, (CORIT), costituito in data 1 ottobre 1997 sulla base di quanto disposto dall'art. 24 della L.R. Veneto n. 6/1997 che, a seguito dell'approvazione da parte dell'assemblea dei soci di alcune variazioni allo Statuto in data 25 maggio 2016, ha modificato la propria denominazione in Consorzio per la Ricerca Sanitaria (CORIS), è un consorzio volontario tra enti operanti direttamente o indirettamente nel settore della sanità, della ricerca scientifica e dell'assistenza sociale.
Il Consorzio, che opera nel pubblico interesse e non ha scopo di lucro, come previsto all'art. 3 dello Statuto, promuove, incrementa e sostiene la ricerca scientifica in senso lato, sia essa di base, traslazionale e clinica in ambito sanitario e socio sanitario in particolare nell'ambito:

a. dei trapianti d'organi, tessuti, cellule e dell'applicazione della medicina rigenerativa;
b. di azioni volte al miglioramento della qualità di vita dei pazienti con grave insufficienza d'organi, ivi compresa la realizzazione di organi bioartificiali;
c. dell'oncologia, sperimentale e clinica, dei meccanismi di insorgenza del cancro e dei processi biologici ad esso correlati, nonché dello sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici;
d. organizzativo, clinico e assistenziale e del miglioramento dei servizi offerti nel DDR, ivi compreso lo sviluppo di nuovi percorsi diagnostico terapeutici e la valutazione delle tecnologie sanitarie;
e. di progettualità volte alla tutela della salute, ex ante ed ex post, ivi comprese, a titolo esemplificativo, la prevenzione e la valutazione della sicurezza dei farmaci (farmacovigilanza).

Inoltre, promuove i rapporti tra Università, Aziende Ospedaliere, Aziende ULSS, Istituzioni scientifiche, enti privati e Fondazioni, italiane ed estere, interessate alla ricerca nelle finalità sopra indicate; contribuisce alla realizzazione di obiettivi di ricerca anche attraverso la gestione dei fondi regionali; contribuisce con le istituzioni non universitarie alla gestione dei progetti di ricerca finanziati con i fondi di cui ai punti precedenti, promuove e sostiene i progetti e le finalità perseguite dalla rete oncologica del Veneto, svolge attività di valutazione, progettazione, coordinamento, partenariato anche con il settore privato, a favore di tematiche di ricerca ritenute prioritarie, svolge ogni altra attività connessa a quelle sopra elencate e conclude tutte le iniziative necessarie o utili alla realizzazione dei predetti scopi, ivi compresa la stipulazione di contratti di compravendita anche immobiliare e la raccolta di fondi presso Enti pubblici e privati, nazionali ed internazionali.

Il Consorzio CORIS è un organismo costituito in forma consortile dalla partecipazione di soggetti pubblici (Aziende ULSS, Aziende ospedaliere, IRCSS Istituto Oncologico Veneto – IOV l'Università degli Studi di Padova ecc) nei quali ricadono i «poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi». Gli organi di vertice delle aziende ULSS e ospedaliere (i direttori generali), infatti, costituiscono di diritto l'Assemblea dei soci, che provvede alla nomina dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Presidente.
Il Consorzio CORIS svolge attività di produzione di servizi esclusivamente a favore dei propri consorziati, configurandosi come *in house* provider delle Aziende Sanitarie pubbliche che lo costituiscono.

I dati, documenti e informazioni sono pubblicati e aggiornati nella sezione "Amministrazione trasparente" del Consorzio al seguente link https://www.corisveneto.com/amministrazione-trasparente nonché al seguente link della sezione Amministrazione trasparente dell'IZSVe https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/controllari.xml.

Fondazione Agrifood & Bioeconomy FVG

La Fondazione Agrifood & Bioeconomy FVG è stata costituita il 28.07.2020 come "fondazione di partecipazione", una tipologia di ente di diritto privato basata sulla collaborazione tra enti pubblici e strutture private per fini di interesse pubblico.
Scopo della Fondazione in parola è sostenere, migliorare e potenziare il comparto agroalimentare nazionale e del Friuli Venezia Giulia. In tale ambito la Fondazione promuove l'evoluzione competitiva del sistema produttivo nazionale e locale e l'assistenza alle imprese del settore agroalimentare operanti prevalentemente nel territorio del Friuli Venezia Giulia, con particolare riguardo al supporto tecnologico, nonché alla progettazione, allo sviluppo e all'attuazione di progetti innovativi.

Ai sensi dell'art. 2-bis del D.Lgs. 33/2013, le associazioni, le fondazioni e gli altri enti di diritto privato risultano assoggettati agli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza previsti per le pubbliche amministrazioni solo se presentano particolari requisiti dimensionali e finanziari. I requisiti che devono ricorrere contemporaneamente sono tre: 1) bilancio superiore a 500.000 euro; 2)

finanziamento maggioritario per almeno due esercizi consecutivi nell'ultimo triennio da pubbliche amministrazioni; 3) designazione da parte delle pubbliche amministrazioni della totalità dei titolari o componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo.
La Fondazione in parola non presentando tali requisiti, non risulta soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni.

In conformità a quando disposto dall' art. 22 del D.Lgs. n. 33/2013 al seguente link https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/controllari.xml. sono pubblicati e aggiornati i dati relativi alla Fondazione.

Associazione "Consortium GARR"

L'Associazione "Consortium GARR" (Gestione Ampliamento Rete Ricerca) è un'associazione senza fine di lucro che gestisce la rete GARR, unica rete nazionale della ricerca facente parte della rete europea GEANT, e ha lo scopo di favorire e supportare la ricerca scientifica a livello nazionale ed internazionale, nonché la collaborazione culturale ed istituzionale. La rete GARR, fondata sotto l'egida del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), è la rete telematica nazionale a banda ultra-larga, dedicata alla comunità dell'istruzione e della ricerca, il cui scopo principale è progettare, implementare e gestire, con proprie strutture organizzative e tecniche, una rete di telecomunicazioni ad altissime prestazioni atta a garantire alla comunità scientifica ed accademica italiana, la connettività al Sistema di Reti accademiche e della ricerca mondiali.
L'Associazione collabora sin dal 2005 con il Ministero della Salute per fornire connettività a banda ultra-larga e servizi innovativi alla comunità italiana della ricerca biomedica costituita dagli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS).

I dati, documenti e informazioni in materia di trasparenza sono pubblicati e aggiornati nella sezione "amministrazione trasparente" dell'Associazione al seguente link https://www.garr.it/it/disposizioni-generali-titolo/disposizioni-generali
Successivamente alla revisione dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa in materia di Trasparenza ed Anticorruzione introdotta con il D.Lgs. n. 97/2016 che modifica il D. Lgs n. 33/2013, il Consortium GARR deve intendersi inquadrato nella figura soggettiva prevista dall'art. 2-*bis*, co. 3° del D.Lgs. n. 33/2013. Conseguentemente l'Associazione in parola ha provveduto a ristrutturare la sezione del proprio sito denominata "Amministrazione trasparente" al fine di adeguarsi alla normativa in vigore ed evitare l'ostensione di dati personali la cui pubblicazione non sia espressamente prevista da una norma in vigore.

Inoltre, l'IZSVE partecipa all'organismo associativo APRE (Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea) che opera come associazione senza scopo di lucro con l'obiettivo di sostenere e agevolare la partecipazione italiana ai programmi di ricerca ed innovazione dell'Unione europea, nell'ambito della quale l'IZSVe partecipa come socio, senza rappresentanti in seno al consiglio direttivo.

2.3.23 CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2024-2026

Nell'ottica della progressiva implementazione del processo di programmazione, attuazione e sviluppo delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l'IZSVe si impegna a rispettare nell'arco temporale del triennio di riferimento, il calendario riportato nella seguente tabella:

Termini di attuazione	Azioni previste	Soggetto competente
Entro il 31 gennaio	Approvazione della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO Pubblicazione nel sito web aziendale (Sezione Amministrazione Trasparente) e nella intranet .	Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza
Entro il 30 giugno di ogni anno	Presentazione al RPCT del report semestrale di monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza previste nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza (report excell misure generali e	Responsabili delle articolazioni aziendali

	report tramite piattaforma informatica GZOOM)	
Entro il 30 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT del report di monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza previste nel nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza(report excell misure generali e report tramite piattaforma informatica GZOOM)	Responsabili delle articolazioni aziendali
Entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo diversa scadenza fissata da ANAC)	Predisposizione e pubblicazione da parte del RPCT della relazione annuale sull'esito dell'attività svolta.	Responsabile della prevenzione della corruzione
Entro il 31 dicembre	Attuazione delle attività formative	SCS4 – Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni

PARTE IV

TRASPARENZA

PREMESSE

Nella presente Sezione sono individuate le modalità, gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, inclusi quelli di natura organizzativa, che l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) intende adottare per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli artt. 10 e 43. Comma 3 del d.lgs. n. 33/2013.

L'accezione di trasparenza alla quale si fa riferimento è quella definita dal novellato art. 1 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i di accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione nel sito istituzionale dell'Istituto di determinate tipologie di dati ed informazioni previsti dal decreto medesimo. Alla pubblicazione corrisponde il diritto di chiunque di accedere alle informazioni direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione. Attraverso la pubblicazione on-line dei dati, si permette agli *stakeholder* (portatori di interesse) di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitare e agevolare la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione della performance. Documenti ed informazioni devono essere pubblicati in formato di tipo aperto ai sensi dell'art. 68 del CAD (D.Lgs. n. 82/2005).

Per realizzare gli obiettivi del decreto legislativo n. 33/2013, il legislatore ha codificato il "*diritto alla conoscibilità*" (art. 3) che consiste nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, informazioni e dati oggetto di accesso civico ivi compresi quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria. Strumentalmente al diritto alla conoscibilità, il legislatore ha codificato "*l'accesso civico*" (art. 5), ovvero

a. il diritto di chiunque di prendere visione attraverso l'accesso ai siti istituzionali degli enti dei documenti, informazioni e dati di cui è prevista la pubblicazione sul web *ex lege*, ovvero chiederne la pubblicazione qualora sia stata omessa;
b. allo scopo di promuovere forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013 s.m.i., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interesse giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. *5bis.*

2.3.24 DEFINIZIONE DEI FLUSSI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI E INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI

In base a quanto disposto dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., tutti i dati e le informazioni da pubblicare ai sensi della normativa vigente vanno ricondotte in un'unica sezione chiamata "Amministrazione trasparente".
La struttura della sezione "Amministrazione trasparente", costruita secondo le specifiche disposizioni contenute nell'allegato al D.Lgs. n. 33/2013, nell'allegato alla deliberazione ANAC n. 1310/2016 "*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*" è costantemente aggiornata e progressivamente integrata con i dati e le informazioni rese disponibili dagli uffici competenti .

Nell'allegato 3 alla presente Sezione è rappresentato il flusso di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni con specifica indicazione, per ciascun obbligo di pubblicazione di:

- dati, documenti e informazioni da pubblicare;

- strutture responsabili del procedimento di elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati e informazioni (struttura organizzativa depositaria dei dati, delle informazioni e dei documenti rispetto alle materie di propria competenza e che provvede alla pubblicazione) e nominativo del dirigente responsabile;
- i riferimenti normativi;
- la denominazione dei singoli obblighi;
- i contenuti;
- la frequenza degli aggiornamenti;
- il termine di scadenza per la pubblicazione;
- il monitoraggio delle tempistiche e individuazione del soggetto responsabile.

Le strutture cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono state chiaramente individuate nell'**allegato 3** e **3 bis** generalmente coincidono con quelle tenute alla trasmissione e pubblicazione.

Gli obblighi di pubblicazione della sezione "Bandi di gara e contratti" indicati nell'allegato 3 sono stati integrati nell'Allegato 3bis.

I dirigenti delle strutture indicati nell'allegato 4 alla presente Sezione sono direttamente responsabili del contenuto e della pubblicazione dei dati, atti e provvedimenti di propria competenza e dell'aggiornamento degli stessi e rispondono direttamente per la mancata pubblicazione dei dati previsti dalla normativa in materia di trasparenza.
L'art. 43, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013 prevede infatti che *" i dirigenti responsabili dei servizi e degli uffici dell'ente, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge*".
I dirigenti possono servirsi del supporto dei propri collaboratori per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi è stato attuato un processo di informatizzazione degli stessi mediante l'utilizzo di uno specifico strumento informatico per la gestione e pubblicazione dei dati e delle informazioni.
Per dare conto dell'attualità delle informazioni pubblicate, in ogni pagina della sezione "Amministrazione trasparente" è indicata la relativa data di aggiornamento.

L'attuazione degli obblighi di pubblicazione, sono oggetto di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili dei singoli adempimenti; il RPCT svolge l'attività di coordinamento e monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione attraverso un monitoraggio su base periodica.

Rinvio alla banca dati nazionali

In conformità all'art. 9/bis del d.lgs. 33/2013 s.m.i., laddove sia prevista la trasmissione di particolari dati, informazioni e documenti alle Banche dati di cui all'allegato B dello stesso decreto legislativo e detti dati, documenti e informazioni risultano effettivamente trasmessi, l'IZSVe riporta nel sito Amministrazione trasparente il collegamento ipertestuale alla corrispondente banca dati (PerlaPA, BDAP – Banca dati PPAA, ARAN, BDNCP – Banca Dati nazionale contratti pubblici, MIT).

2.3.25 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E l'OIV

L'elaborazione, la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati, informazioni e documenti sono coordinati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Nell'ambito delle sue funzioni di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normative, il RPCT monitora la conformità della sezione "Amministrazione Trasparente" in modo da pianificare eventuali interventi correttivi.

Il RPCT conduce le verifiche e i monitoraggi con il necessario supporto dei referenti ed i dirigenti responsabili degli adempimenti delle pubblicazioni. Gli ambiti di verifica riguardano il rispetto dei tempi di pubblicazione previsti per i singoli obblighi ed i relativi aggiornamenti, la coerenza a completezza dei contenuti, il rispetto del formato, la qualità del dati, documenti e informazioni pubblicate.

All'Organismo Indipendente di Valutazione, compete il preciso compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. Provvede altresì alle proprie verifiche secondo gli indirizzi formulati da ANAC; i relativi esiti sono quindi pubblicati sulla sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale, nella sotto sezione – "Controlli e rilievi sull'amministrazione". In particolare, compete all'Organismo Indipendente di Valutazione redigere annualmente un'attestazione generale da trasmettere all'ANAC ed alla direzione aziendale (nonché da pubblicare sul sito web aziendale), ed effettuare eventuali attestazioni e verifiche mirate su particolari argomenti individuati dalla stessa ANAC.

2.3.26 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato (Sentenza Corte Costituzionale n. 20/2019).

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del d.lgs.10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali, d,lgs. n. 196/2003 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.
L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo (art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679), deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art. 5 del soprarichiamato Regolamento, quali quelli di leicità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. Assumo in particolare rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati sono trattati e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inseriti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il medesimo d.lgs. 33/2013, all'art. 7-bis, co. 4 dispone inoltre che "*nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione".*
Per quanto concerne gli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 d.lgs. 33/2013 s.m.i. si rinvia alla DCA n. 18 del 16.10.2019 "Sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.1.2019 e delibera Anac n. 586/2019 in merito agli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del d.lgs 33/2013 s.m.i. – atto organizzativo" al successivo comunicato del Presidente ANAC del 4.12.2019 e all'art. 1, comma 7 del Decreto legge n. 162/2019.

2.3.27 QUALITA' DEL DATO E FORMATO DI PUBBLICAZIONE

La pubblicazione delle informazioni, dati e documenti nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale deve rispondere ai parametri previsti dall'art. 6 del d.lgs. 33/13 e cioè: integrità, costante aggiornamento, completezza del dato pubblicato, tempestività di pubblicazione, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità e conformità rispetto ai documenti originali von indicazione della loro provenienza.
Secondo quanto previsto dall'art. 7 del d.lgs. 33/13 i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati in formato aperto, e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni ma con obbligo di citate la fonte e rispettarne l'integrità. Per un approfondimento, si rinvia all'allegato 2 della Delibera ANAC 50/13.

2.3.28 MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

Il novellato art. 1, comma 1 d.lgs. 33/2013 ridefinisce la Trasparenza come "*accessibilità totale ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*

In ossequio a quanto disposto dall'art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. l'accesso civico" semplice" è il **diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati** che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare, nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale.

Il comma 2 del medesimo articolo, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, nonchè di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, prevede, inoltre, la possibilità, per **chiunque,** di accedere a **dati, documenti e informazioni, detenuti** dalle pubbliche amministrazioni, **ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione** nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-*bis.(accesso civico generalizzato)*

L'esercizio del diritto di cui trattasi non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

Le Linee Guida ANAC adottate con Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2013, invitano le amministrazioni ad adottare un regolamento interno sull'accesso che fornisca un "*quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione. In particolare, tale disciplina potrebbe prevedere: 1 una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale; 2. Una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico (semplice) connesso con gli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013; una terza sezione dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato*".
Nelle more di una compiuta regolamentazione interna in materia di accesso, con DDG n. 313 del 6.7.2017 erano state approvate le "*Linee guida operative per l'esercizio e l'attuazione del diritto di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*" unitamente alle istruzioni operative per gli utenti e moduli.

Successivamente, con DDG n. 660 del 19 dicembre 2018 è stato adottato il ``*Regolamento per l`esercizio del diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico, ``semplice`` e ``generalizzato`` ai dati, alle informazioni e ai documenti prodotti o detenuti dall`Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*``.
La suindicata documentazione è pubblicata nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione trasparente sottosezione altri contenuti/accesso civico" unitamente al registro degli accessi.

Il registro degli accessi, che contiene le tre tipologie di accesso - accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso documentale - viene pubblicato a cura del RPCT con cadenza semestrale, previa raccolta delle informazioni da parte dei responsabili delle strutture https://www.izsvenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/elrichiesteaccesso.xml.

2.3.29 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

L'IZSVe per la realizzazione di un 'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individuato nella Relazione Programmatica – Area Strategica 5 – etica dei processi – il seguente obiettivo strategico:

Promuovere la cultura della legalità, della trasparenza e della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto, favorendone la diffusione attraverso il miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente

2.3.30 INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Trasparenza, integrità e legalità sono concetti strettamente legati ed interdipendenti. La trasparenza è lo strumento basilare che, consentendo ai cittadini ed agli altri *stakeholder* di conoscere l'operato di un'amministrazione, favorisce la verifica di un'azione amministrativa improntata ai criteri di integrità e legalità.

Come indicato nel Piano Triennale delle attività 2021-2023 dell'Istituto – Area strategica 4 .2 comunicazione – "*la comunicazione verso l'esterno è stata strutturata soprattutto per rispondere alle crescenti esigenze della società della conoscenza, formata dai vari pubblici della scienza, nelle materie di competenza dell'Istituto. E' opportuno proseguire anche aprendosi a un contesto più ampio, internazionale, per consolidare e ampliare il posizionamento dell'IZSVe come fonte scientifica di riferimento per la comunità scientifica e civile*".

Attualmente la comunicazione **verso l'esterno** è garantita attraverso:

Sito web aziendale
Il sito web dell'IZSVe, consultabile all'indirizzo www.izsvenezie.it rappresenta lo strumento di comunicazione verso l'esterno di maggior impatto in termini di trasparenza ed integrità relativamente all'operato dell'Ente. Nel corso degli anni questo strumento ha guadagnato l'interesse di numerosi visitatori (istituzioni, operatori sanitari, grande pubblico, operatori dell'informazione), che vi ricorrono, come punto di riferimento, per conoscere le attività istituzionali e per approfondire tematiche e problemi sanitari, in particolare durante le emergenze sanitarie. Al fine di aggiornare le modalità di comunicazione su web per rispondere maggiormente ai bisogni informativi dell'utenza, il sito web dell'IZSVe è in continuo aggiornamento.

Organizzazione di eventi istituzionali
L'immagine dell'IZSVe è veicolata all'esterno anche attraverso eventi, organizzati a livello locale e nazionale sia a carattere istituzionale che scientifico. Detti eventi rappresentano una valida opportunità per diffondere notizie sulle attività dell'Istituto al grande pubblico o agli esperti di settore.

Area stampa
La grande attenzione dei media verso i temi scientifici e sanitari ha consentito all'IZSVe di ottenere riconoscibilità sul territorio ed un posizionamento di rilievo in ambito sia nazionale che internazionale. La gestione dei contatti con i media rappresenta una risorsa importante per la diffusione e la conoscenza delle attività svolte dall'IZSVe, che consistono nella diffusione periodica di comunicati stampa, convocazione di conferenze stampa, produzioni audiovisive, gestione di interviste e partecipazione a programmi radio-televisivi, predisposizione di materiale informativo-fotografico ad uso stampa. L'IZSVe cura inoltre un servizio di rassegna stampa quotidiana disponibile sul sito web istituzionale.

Newsletter mensile IZSVe Informa
La newsletter IZSVe-Informa è stata regolarmente inviata ai portatori di interesse presenti sul Triveneto, per fornire informazioni sulla vita istituzionale e le attività scientifico-sanitarie dell'Ente. Da agosto 2015 è stata integrata nel sistema di newsletter generale "IZSVe Newsletter" che, con cadenza sempre mensile, aggiorna gli *stakeholder* sulle attività scientifiche e istituzionali che riguardano l'Ente.

Pubblicazione annuale della Relazione tecnica dell'IZSVe
La Relazione tecnica viene redatta annualmente su richiesta del Ministero della Salute per la valutazione delle prestazioni e dei servizi erogati dall'IZSVe. Il documento viene anche pubblicato nel sito web per una maggiore visibilità e dettaglia l'attività analitica eseguita dai laboratori centrali e periferici dell'Istituto e la produzione scientifica (pubblicazioni e poster) nell'anno di riferimento. Completano la relazione il profilo organizzativo dell'IZSVe e la descrizione delle attività istituzionali.

Formazione
Al fine di favorire la diffusione della cultura della trasparenza tra il personale dipendente, con particolare riferimento al personale che cura i processi a rischio di corruzione o che riveste incarichi di particolare responsabilità nell'ambito della prevenzione della corruzione, è stata posta particolare attenzione alla programmazione di attività formative concernenti i temi della legalità e trasparenza.

2.3.31 DATI ULTERIORI

Nella sotto-sezione "altri contenuti/dati ulteriori" della sezione "Amministrazione trasparente" l'IZSVe si riserva di pubblicare ulteriori dati di interesse comune nel rispetto delle disposizioni nazionali ed europee in materia di segreto di stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.
Ad oggi, la citata sottosezione, è implementata dei seguenti dati:

- censimento delle autovetture di servizio;
- sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario: elenco dei risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (art. 4, comma 3 Legge 8/3/2017 n. 24);
- contratti assicurativi: contratti assicurativi per responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (art. 10, comma 4 Legge 8/3/2017 n. 24.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

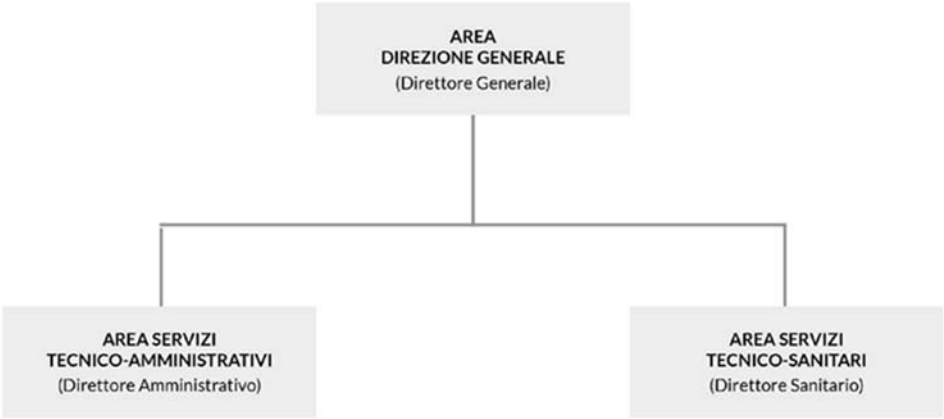
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA INTERNA

Si riporta l'Organigramma dell'IZSVe allegato al Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi e relative dotazioni organiche (DCA n. 14 del 16 settembre 2022).

Il Direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo. Il Direttore sanitario dirige i servizi tecnico - sanitari nonché l'attività scientifica e sostituisce il Direttore generale in caso di assenza o impedimento. Egli esprime parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza ai sensi dell'art. 15, comma 6, dello Statuto. Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi ed esprime parere obbligatorio di regolarità amministrativo-contabile relativamente ai contenuti e alla procedura degli atti di competenza del Direttore generale ai sensi dell'art. 15, comma 3, dello Statuto.



AREA SERVIZI TECNICO-SANITARI
DIPARTIMENTI
(Direttore Sanitario)

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

Dipartimento per la sicurezza alimentare

- SCS1 - Microbiologia generale e sperimentale
- SCS2 - Chimica
- SCS4 - Epidemiologia, servizi e ricerca in sanità pubblica veterinaria
- SCS8 - Valorizzazione delle produzioni alimentari
- Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT1
- Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT4
- Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT5
- Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT6
- Lab. Autocontrollo - SCT5
- U.O. Autocontrollo - SCT6
- U.O. Autocontrollo e valorizzazione produzioni locali - SCT4

Dipartimento di sperimentazione e benessere animale

- SCS3 - Diagnostica specialistica, istopatologia e parassitologia
- SCS6 - Virologia speciale e sperimentazione
- Lab. Diagnostica clinica e sierologia - SCT2
- Lab. Controlli ufficiali - SCS1
- Lab. Benessere animale - SCS4
- **Centro specialistico animali d'affezione (PET)**
- **Centro specialistico medicina forense veterinaria**

Dipartimento di sorveglianza epidemiologica

- SCS1 - Microbiologia generale e sperimentale
- SCS4 - Epidemiologia, servizi e ricerca in sanità pubblica veterinaria
- SCS8 - Valorizzazione delle produzioni alimentari
- SCT3 - Padova, Vicenza e Rovigo
- Lab. parassitologia - SCS3
- **Centro specialistico ittico (CSI)**

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

Dipartimento di patologia animale e sanità pubblica

- SCT1 - Verona
- SCT2 - Treviso, Belluno e Venezia
- SCT3 - Padova, Vicenza e Rovigo
- SCT4 - Friuli Venezia Giulia
- SCT5 - Trento
- SCT6 - Bolzano
- **Centro specialistico fauna selvatica**
- **Centro specialistico patologia, allevamento e benessere del bovino**

Dipartimento di scienze biomediche comparate

- SCS5 - Ricerca e innovazione
- SCS6 - Virologia speciale e sperimentazione
- U.O. Attività internazionale
- U.O. Centri di referenza internazionali AI/ND
- U.O. Imaging sperimentale e diagnostico

AREA DIREZIONE GENERALE
(Direttore Generale)

- U.O. Segreteria Direzione generale
- U.O. Gestione affari legali e contenziosi
- U.O. Controllo di gestione

SCS Ricerca

S.S. Servizio gestione sicurezza

- U.O. Attuazione e raccordo interventi in materia di sicurezza
- U.O. Servizio prevenzione e protezione

S.S. Servizio affari generali, anticorruzione e trasparenza

- U.O. Contratti e convenzioni attive e passive
- U.O. Anticorruzione e trasparenza
- U.O. Protocollo e archivio

S.S. Servizio informatica

- U.O. Infrastruttura, sicurezza e networking
- U.O. Sistemi applicativi e assistenza tecnica
- U.O. Bioinformatica e sistema informativo laboratori
- U.O. Amministrazione digitale

Laboratorio Comunicazione

- U.O. Comunicazione istituzionale e scientifica
- U.O. Osservatorio
- U.O. Produzione multimediale
- U.O. Biblioteca

AREA SERVIZI TECNICO-SANITARI
SEDE DI LEGNARO
(Direttore Sanitario)

Lab. Crostacei
- U.O. LNR Malattie dei crostacei
- U.O. Batteriologia

Lab. Molluschi
- U.O. LNR Malattie dei molluschi
- U.O. Igiene e controllo dei prodotti ittici

Centro specialistico ittico (CSI)

U.O. Segreteria Direzione sanitaria

Staff Direzione sanitaria
- U.O. Servizio metrologia
- U.O. Gestione sistemi qualità e accreditamento
- U.O. Ricerca e cooperazione internazionale

SCS0 Servizi generali di supporto

Lab. Accettazione centralizzata

Lab. Servizi sanitari comuni
- U.O. Biosicurezza e coordinamento laboratori BSL3
- U.O. Centrale di lavaggio e sterilizzazione
- U.O. Gestione ambiente

U.O. Centro servizi alla produzione

U.O. Ingegneria clinica

U.O. Portineria e centralino

U.O. Relazioni con il pubblico (URP)

SCS1 Microbiologia generale e sperimentale

Lab. di referenza per le Salmonellosi

Lab. Controlli ufficiali

Lab. Piattaforma biomolecolare (biofood)

Lab. Ecologia microbica e genomica dei microrganismi

U.O. Qualità e servizi comuni

U.O. Supporto territoriale provincia di Rovigo

U.O. Sicurezza alimentare molluschi bivalvi

SCS2 Chimica

Lab. Farmaci veterinari e ricerca
- U.O. Sviluppo metodologico e innovazione

Lab. Anabolizzanti

Lab. Contaminanti e biomonitoraggio

Lab. Tossicologia alimentare

U.O. Nanofood

SCS3 Diagnostica specialistica, istopatologia e parassitologia

Lab. Istopatologia
- U.O. Banca del sangue

Lab. Diagnostica specialistica e biomolecolare
- U.O. CRN apicoltura
- U.O. TSE

Lab. Parassitologia, micologia ed entomologia sanitaria
- CRN per la ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo-animale/ WOAH Collaborating Centre for Diseases at the Animal/ Human Interface
- U.O. Parassitologia e micologia
- U.O. Entomologia
- U.O. Artropodi vettori e patogeni trasmessi
- U.O. Caratterizzazione genetica patogeni e vettori

Servizio Medicina di laboratorio

U.O. Veterinaria centralizzata protezione animali utilizzati a fini scientifici

U.O. Benessere degli animali d'affezione e relazione uomo-animale e CRN IAA

SCS4 Epidemiologia, servizi e ricerca in sanità pubblica veterinaria

Lab. Sorveglianza epidemiologica e sistemi informativi applicati
- U.O. Legislazione veterinaria e sorveglianza epidemiologica
- U.O. Data analysis e sviluppo sistemi informativi complessi
- U.O. Help desk sistemi informativi regionali e relazioni con l'utenza

Osservatorio epidemiologico veterinario FVG (UD)

Lab. Epidemiologia applicata all'ambiente acquatico

Lab. Epidemiologia e analisi del rischio in sanità pubblica
- U.O. Epidemiologia applicata ad emergenze sanitarie
- U.O. Epidemiologia quantitativa

Lab. sistemi informativi geografici (GIS)
- U.O. Gestione emergenze, cartografia tematica, Geodatabase e data warehouse DWH
- U.O. Remote Sensing, WebGIS e innovazione tecnologica

Lab. Benessere animale e sanità pubblica veterinaria
- U.O. Legislazione per la protezione degli animali allevati e sorveglianza in benessere animale
- U.O. Ricerca e innovazione in igiene e sostenibilità delle produzioni zootecniche

Lab. Formazione e sviluppo delle professioni
- U.O. Supporto allo sviluppo delle competenze del personale e orientamento alla formazione
- U.O. Gestione degli eventi formativi
- U.O. Ambienti e tecnologie per l'apprendimento

U.O. Epidemiologia analitica e biostatistica

SCS5 Ricerca e innovazione

Lab. Zoonosi virali emergenti
- U.O. Ecopatologia dei patogeni virali
- U.O. Rabbia

Lab. Virologia innovativa

Lab. Genomica e trascrittomica virale
- U.O. Bioinformatica
- U.O. Sequenziamento

SCS6 Virologia speciale e sperimentazione

Lab. Virologia speciale
- U.O. Colture cellulari, reagenti e produzione

Lab. Ricerca in modelli animali e metodi alternativi

Lab. Ittiovirologia

SCS8 Valorizzazione delle produzioni alimentari

Lab. Qualità e sicurezza delle filiere alimentari (VI)

Lab. Igiene e sicurezza delle filiere alimentari (San Donà)

U.O. Accettazione

U.O. Chimica sperimentale (VI)

U.O. Supporto alla logistica dei laboratori

AREA SERVIZI TECNICO-SANITARI
SEZIONI TERRITORIALI
(Direttore Sanitario)

SCT1
Verona

Sezione di Verona

Lab. Controllo ufficiale alimenti

Lab. Diagnostica clinica e sierologia di piano

- U.O. Batteriologia clinica
- U.O. Sierologia di piano
- U.O. Attività sperimentali in vivo

Lab. Medicina aviaria

- U.O. Diagnostica aviaria
- U.O. Micoplasmi
- U.O. Anticorpi monoclonali

U.O. Biologia molecolare

U.O. Produzione vaccini

SCT2
Treviso, Belluno e Venezia

Sezione di Treviso

Lab. Diagnostica clinica e sierologia

- U.O. Diagnostica clinica
- U.O. Sierologia
- U.O. Patologia e benessere dei lagomorfi

Lab. Batteriologia speciale

- U.O. Clostridi
- U.O. Agenti batterici di bioterrorismo

U.O. Biologia molecolare

Sezione di Belluno

U.O. Supporto territoriale provincia di Belluno

U.O. Eco-patologia

SCT3
Padova, Vicenza e Rovigo

Sezione di Padova

Lab. Diagnostica clinica

- U.O. Batteriologia clinica

Lab. Patologia, allevamento e benessere del bovino

Lab. Virologia diagnostica

Lab. Sierologia e malattie pianificate

U.O. Piattaforma di diagnostica molecolare

Sezione di Vicenza

U.O. Accettazione e supporto territoriale provincia di Vicenza

U.O. Medicina forense veterinaria

SCT4
Friuli Venezia Giulia

Sezione di Pordenone

Lab. Patologia e benessere della specie suina

U.O. Diagnostica clinica

U.O. Biologia molecolare

Lab. Controllo ufficiale alimenti

Sezione di Udine

Lab. Diagnostica clinica

U.O. Sorveglianza sierologica delle malattie pianificate

U.O. Biologia molecolare

U.O. Autocontrollo e valorizzazione produzioni locali

SCT5
Trento

Lab. Diagnostica clinica e sierologia di piano

Lab. Controllo ufficiale alimenti

Lab. Autocontrollo

U.O. Biologia molecolare

SCT6
Bolzano

Lab. Diagnostica clinica

Lab. Diagnostica sierologica e assistenza tecnica

Lab. Controllo ufficiale alimenti

U.O. Biologia molecolare

U.O. Autocontrollo

AREA SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI
(Direttore Amministrativo)

U.O. Segreteria Direzione amministrativa

U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti

SCA1
Risorse umane

S.S. Gestione risorse umane e benessere del personale

- U.O. Gestione giuridica
- U.O. Gestione economica e trattamento previdenziale
- U.O. Programmazione e acquisizione risorse umane e relazioni sindacali
- U.O. Benessere organizzativo

U.O. Gestione privacy

SCA2
Acquisti e logistica

S.S. Servizio gare

- U.O. Beni e servizi
- U.O. Lavori pubblici
- U.O. Acquisizione di beni e servizi per i piani e progetti di ricerca

U.O. Segreteria e cassa economale

U.O. Logistica

U.O. Utenze consumi energia

SCA3
Servizio economico finanziario

U.O. Contabilità generale - clienti

U.O. Contabilità generale - fornitori

U.O. Fatturazione attiva / attività commerciale

U.O. Gestione bilancio, fiscale e budget economico

U.O. Gestione contabile beni e patrimonio

U.O. Recupero crediti

SCST
Servizio tecnico

S.S. Servizio gestione manutenzioni infrastrutturali ed impiantistiche

- U.O. Gestione servizi manutentivi e approvvigionamento materiali
- U.O. Gestione interventi di manutenzione in amministrazione diretta

U.O. Opere pubbliche e patrimonio

U.O. Manutenzione straordinaria laboratori e impianti

U.O. Programmazione e gestione economica dei progetti, interventi, manutenzioni e budget

Il Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e le relative dotazioni organiche adottato con DCA n. 14 del 16 settembre 2022 e approvato dagli Enti cogerenti, prevede un'organizzazione in Strutture alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.
Le strutture fanno capo ad Aree, intendendosi per tali l'aggregazione di strutture operative omogenee poste sotto il diretto coordinamento di uno dei Direttori (Generale, Sanitario e Amministrativo).
Le tipologie di strutture presenti in Istituto sono:

- Strutture Dipartimentali: rappresentano il modello operativo previsto dall'art. 17 bis del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e svolgono attività professionale e gestionale. Sono strutture individuate dall'Istituto per l'attuazione di processi organizzativi integrati e possono essere di due tipi:
  - Dipartimenti strutturali: istituiti con la finalità di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate e l'efficienza produttiva delle strutture. È costituito da unità organizzative omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse e tecnologiche impiegate;
  - Dipartimenti funzionali: istituiti per realizzare attività di rilevanza strategica a valenza interdisciplinare al fine di perseguire finalità ed obiettivi assegnati per i quali sia necessario adottare comuni codici di comportamento diagnostico clinico, organizzativo o di ricerca. Opera in modo trasversale rispetto ai consueti collegamenti di tipo gerarchico tra le strutture.

    Il Regolamento ha istituito, in particolare i seguenti Dipartimenti Funzionali:
    - Dipartimento per la Sicurezza Alimentare;
    - Dipartimento Sperimentazione e Benessere Animale;
    - Dipartimento di Sorveglianza Epidemiologica;

    ed i seguenti Dipartimenti Strutturali:
    - Dipartimento di Scienze Biomediche Comparate;
    - Dipartimento di Patologia Animale e Sanità Pubblica;

- Strutture Complesse: sono articolazioni interne di Aree o di Strutture Dipartimentali cui è sempre preposto un dirigente responsabile con relativo incarico;
- Strutture Semplici: sono articolazioni interne di Strutture Complesse, Strutture Dipartimentali o Aree. Alla Struttura Semplice può essere preposto un dirigente responsabile con relativo incarico il quale dipende gerarchicamente dal Direttore di struttura Complessa o Dipartimento o Area;
- Centri specialistici: sono un'articolazione organizzativa a carattere funzionale che può ricomprendere tutte o parti delle funzioni di un Centro Nazionale di Referenza, istituiti allo scopo di garantire il coordinamento tecnico di più Strutture Semplici e Unità Operative che svolgono attività correlata alla tematica di specifica competenza del Centro. Di norma è diretto da una figura dirigenziale già titolare di incarico di natura gestionale (direzione di Struttura Semplice o Complessa). Il Regolamento ha, previsto in particolare l'istituzione del Centro Specialistico di Ittiopatologia.

3.1.2 LIVELLI DI RESPONSBILITA' ORGANIZZATIVA – DIRIGENTI E INCARICHI DI FUNZIONE

Nell'ambito del quadro generale sopra riportato, si evidenziano gli ulteriori livelli di Responsabilità Organizzativa per Dirigenti e personale del comparto.

✓ <u>AREE DIRIGENZIALI</u>

L'attuale numero di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali è composto come di seguito riportato.
In base alle tipologie di incarico ed ai parametri descritti nei vigenti documenti di graduazione delle funzioni, vengono individuate, nella organizzazione dell'istituto, le seguenti tipologie di incarichi associati a fasce economiche articolate in diversi livelli di complessità secondo il seguente schema:

Per la Dirigenza Area Sanità:

- *fascia A*: strutture complesse
  All'interno della fascia di responsabilità riferita alla struttura complessa vengono individuati 4 livelli di complessità

  Punteggio da 12,1 a 13 = euro 24.000,00
  Punteggio da 13,1 a 14 = 26.000,00
  Punteggio da 14,1 a 15 = 28.000,00
  Punteggio > 15 = 30.000,00

- *fascia B*: strutture semplici
  All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici vengono individuati 5 diversi livelli di complessità

  Punteggio fino a 6 = euro 12.000,00
  Punteggio da 6,1 a 8 = euro 16.500,00
  Punteggio da 8,1 a 10 = 19.000,00
  Punteggio da 10,1 a 12 = 21.500,00
  Punteggio > 12 = 24.000,00

- *fascia C:* incarico professionale di altissima professionalità
  All'interno della fascia di responsabilità vengono individuati 3 livelli di complessità

  Punteggio 8,1 a 10 = 16.500,00
  Punteggio da 10,1 a 12 = 21.500,00
  Punteggio > 12 = 24.000,00

- *fascia D:* Incarico professionale di alta specializzazione
  All'interno della fascia di responsabilità vengono individuati 3 diversi livelli di complessità

  Punteggio da 4,1 a 5 = 8.000,00
  Punteggio da 5,1 a 6 = 9.500,00
  Punteggio da 6,1 a 8 = 14.000,00

- *fascia E:* incarichi professionali di consulenza, studio, ricerca, ispettivo di verifica e di controllo
  All'interno della fascia di responsabilità viene individuato un unico livello di complessità

  Punteggio da 2,1 a 4 = 7.500,00

- *fascia F:* incarichi professionali di base (sotto i 5 anni)
  All'interno della fascia di responsabilità viene individuato un unico livello di complessità

  Punteggio fino a 2 = Euro 1.500,00

Per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa:

Strutture complesse:
Punteggio da 36 a 50 = euro 23.400,00

Strutture semplici:
Punteggio da 26 a 35 = euro 15.400,00
Punteggio da 16 a 25 = euro 13.000,00

Incarichi professionali alta specializzazione:
Punteggio da 16 a 25= euro 13.000,00

Altri incarichi professionali (consulenza, studio, ricerca, ispettivo di verifica e di controllo):
Punteggio da 16 a 25= euro 13.000,00
Punteggio fino a 15 = euro 7.000,00

- ✓ PERSONALE DEL COMPARTO:

Il CCNL relativo al personale del Comparto Sanità 2019-2021 del 2 novembre 2022 ha introdotto un nuovo sistema degli incarichi attribuibili al personale del comparto che si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e delle prestazioni professionali ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale promuovendo lo sviluppo professionale ed il riconoscimento dell'autonomia operativa. Tale tipologia di incarichi è stata disciplinata in Istituto con apposito Regolamento approvato con DDG n. 320/2023. "*Adozione del ``Regolamento per la graduazione, il conferimento, la revoca e la valutazione degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e professionale del CCNL 2.11.2022 relativo al personale del comparto sanita`*".

L'Istituto sulla base della propria organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, ha individuato gli incarichi, di posizione, di funzione organizzativa e professionale, nel limite delle risorse disponibili del Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali.

Le fasce di graduazione previste dal Regolamento sono rappresentante nella seguente tabella

TIPOLOGIA INCARICO	PUNTEGGIO	IMPORTO	
ELEVATA QUALIFICAZIONE	--	10.000,00	**Professionisti della salute e dei funzionari**
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' ELEVATA	Pari a 20	9.501	
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' MEDIA TIPO A)	Da 17 a 19	7.500	
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' MEDIA TIPO B)	Da 14 a 16	6.500	
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' MEDIA TIPO C)	Da 11 a 13	5.500	
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' MEDIA TIPO D)	Da 8 a 10	4.500	
INCARICO ORGANIZZATIVO COMPLESSITA' MEDIA TIPO E)	Da 5 a 7	4.000	
INCARICO PROFESSIONALE COMPLESSITA' MEDIA TIPO A)	Da 17 a 20	7.500	
INCARICO PROFESSIONALE COMPLESSITA' MEDIA TIPO B)	Da 14 a 16	6.500	
INCARICO PROFESSIONALE COMPLESSITA' MEDIA TIPO C)	Da 11 a 13	5.500	
INCARICO PROFESSIONALE COMPLESSITA' MEDIA TIPO D)	Da 8 a 10	4.500	
INCARICO PROFESSIONALE COMPLESSITA' MEDIA TIPO E)	Da 5 a 7	4.000	
COMPLESSITA' ELEVATA	Da 11 a 20	3.000	**Assistenti**
COMPLESSITA' MEDIA	Da 6 a 10	1.800	
COMPLESSITA' BASE	Da 1 a 5	930	
COMPLESSITA' ELEVATA	Da 11 a 20	2.000	**Operatori**
COMPLESSITA' MEDIA	Da 6 a 10	1.500	
COMPLESSITA' BASE	Da 1 a 5	700	

3.1.3 NUMERO DI DIPENDENTI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE

Di seguito si riporta la tabella contenente il prospetto riepilogativo delle risorse umane assegnate a ciascuna Struttura Complessa al 31 dicembre 2023.

S/C	TI	TD	BS	CM entr	Totale
SCS0	19	3	1		**23**
SCS1	26	7	8		**41**
SCS2	35	6	5		**46**
SCS3	40	11	8		**59**
SCS4	28	10	16		**54**
SCS5	18	9	9		**36**
SCS6	23	12	4		**39**
SCS8	26	6	7		**39**
SCT1	25	4	3		**32**
SCT2	21	5	5		**31**
SCT3	34	4	9		**47**
SCT4	24	3	3		**30**
SCT5	15	2	5		**22**
SCT6	9	3	2		**14**
CSI	7	3	2		**12**
DIRGEN	32	7	5		**44**
DIRSAN	9	6	3		**18**
ATA	0,25				**0,25**
SCST	13			1	**14**
SCA1	16,75	5	2		**23,75**
SCA2	25	1			**26**
SCA3	14		1		**15**
Totale	**460**	**107**	**98**	**1**	**666**

3.1.4 MISURE PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITA' E L'EQUILIBRIO DI GENERE

Nell'ambito del pubblico impiego contrattualizzato il decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, all'art. 7 stabilisce che "*Le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno*.".
L'art. 57 del citato decreto prevede, altresì, che "*Le pubbliche amministrazioni costituiscono al proprio interno, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.*".

Il CUG ha sostituito i Comitati per le pari opportunità, istituiti, per quanto riguarda il comparto della Sanità, con C.C.N.L. 7 aprile 1999, e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive dell'IZSVe elaborato e predisposto dal Comitato Unico di Garanzia dell'IZSVe (CUG),individua gli obiettivi specifici e descrive le azioni positive da attuare nel triennio di validità dello stesso, mira all'affermazione di una cultura organizzativa orientata alle pari opportunità e al benessere organizzativo nel contesto lavorativo dell'Istituto ed individua obiettivi specifici ed azioni positive da attuare nel triennio di validità dello stesso, nonché le strutture interne che dovranno realizzare le singole azioni in collaborazione con il CUG.
Il Piano rappresenta lo strumento attraverso il quale le Pubbliche Amministrazioni individuano e pianificano le iniziative e le attività necessarie per rendere più efficiente ed efficace l'azione amministrativa, promuovere le pari opportunità e rimuovere eventuali ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione e la parità nel lavoro.

Di seguito si riportano le azioni previste nel Piano Triennale delle Azioni Positive dell'IZSVe 2024-2026.

Azione n. 1 "Comunicazione/informazione interna e promozione di una cultura orientata alla parità, all'inclusione e al benessere organizzativo e individuale"

L'obiettivo dell'Azione n. 1 è quello di promuovere la diffusione di una cultura orientata alla parità, all'inclusione, al benessere organizzativo e individuale nell'ambito lavorativo. Mira, inoltre, a diffondere, nel contesto lavorativo, le iniziative e i risultati del lavoro svolto dal CUG utilizzando gli strumenti di comunicazione interna ed esterna.

Consigliera di Fiducia

Nell'ambito delle specifiche azioni positive ivi descritte, si richiama, in particolare, la "*1.5. Promozione del servizio della Consigliera di fiducia attraverso i consueti canali di comunicazione interna (Intranet, Newsletter IZSVe)*".
Con deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1266 del 3 luglio 2012 è stato approvato il "*Codice di comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori della Regione del Veneto*".
La citata DGRV n. 1266/2012 all'articolo 12 stabilisce che "*Gli enti, agenzie, aziende o altri organismi regionali possono, su richiesta e previa apposita convenzione con la Regione del Veneto, avvalersi delle disposizioni del presente Codice di comportamento nonché della consulenza del/della Consigliere/a di Fiducia, tramite la sottoscrizione di un contratto di collaborazione professionale in cui verranno stabilite le modalità di svolgimento dell'incarico sulla base delle specifiche necessità dell'ente richiedente…*".
L'IZSVe con DDG n. 7 del 12 gennaio 2015 ha approvato il "*Codice di comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*"; richiamandosi ai principi costituzionali in materia di diritti fondamentali della persona, al fine di contrastare ogni forma di molestia e discriminazione, anche di genere, nei luoghi di lavoro e di garantire il diritto ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e favorevole alle relazioni interpersonali su un piano di uguaglianza, reciproca correttezza e rispetto.
L'art. 7 del suindicato Codice di comportamento IZSVe disciplina la figura istituzionale del/della Consigliere/a di Fiducia, individuando, tra l'altro, i compiti assegnati che comprendono la consulenza e l'assistenza a favore di coloro che lamentano comportamenti discriminatori o vessatori che possono configurare molestia o mobbing, e l'attività di prevenzione nei confronti del disagio nell'ambiente lavorativo regionale, rilevando problemi e criticità, monitorando eventuali situazioni di rischio e proponendo all'amministrazione idonee azioni di contrasto e soluzioni organizzative
Il citato art. 7 prevede, altresì, che l'Istituto si avvalga della consulenza del/della Consigliere/a di Fiducia nominato/a dalla Regione del Veneto; su proposta del CUG, l'IZSVe ha pertanto richiesto alla Regione del Veneto di avvalersi della consulenza della Consigliera di Fiducia nominata dalla medesima.
A tal fine è stato sottoscritto dall'Istituto un contratto di collaborazione con la Consigliera di Fiducia nominata dalla Regione del Veneto, in forma di appendice contrattuale al contratto sottoscritto con la Regione, facendo riferimento alle funzioni ivi previste e definendo le modalità di svolgimento dell'incarico sulla base delle proprie reali necessità.
La figura della Consigliera è stata attivata in Istituto già dal 2015 e viene rinnovata ogni tre anni.
La Consigliera offre attività di ricevimento destinata al personale che, a qualsiasi titolo, opera in Istituto, fornendo servizio di ascolto e sostegno con riferimento alle seguenti problematiche: discriminazioni, molestie morali/mobbing, fattori organizzativi.
L'incarico di Consigliera di Fiducia dell'IZSVe è stato da ultimo conferito con DDG n. 150 del 30 marzo 2021, per il periodo dal 27 aprile 2021 fino alla scadenza del contratto triennale stipulato con la Regione del Veneto in data 11 settembre 2020.

La Regione del Veneto con DGRV n. 2 del 9 gennaio 2024 ha nominato la nuova Consigliera di Fiducia regionale per la durata di tre anni. L'IZSVe procederà quindi alla stipula di una nuova convenzione con la Regione del Veneto per avvalersi dei servizi della stessa Consigliera e alla sottoscrizione di apposito contratto di collaborazione con l'interessata.

Azione n. 2 "Formazione e sviluppo professionale sulle tematiche di competenza del CUG"

L'obiettivo dell'Azione n. 2 è quello di promuovere la formazione e lo sviluppo professionale nelle materie di competenza del Comitato, contribuendo all'attuazione del Piano per l'uguaglianza di genere (*Gender Equality Plan* - GEP) dell'Istituto, con particolare riferimento all'Area 1 - Misure contro violenza e discriminazione di genere.
Obiettivo è, altresì, la promozione di azioni di aggiornamento per il personale che rientra in servizio dopo lunghi periodi di assenza e/o l'inserimento di nuove risorse umane attraverso azioni di informazione sul tema della conciliazione vita-lavoro.

Gender Equality Plan

L'art. 46-bis del d.lgs. n. 198/2006, come integrato dalla legge 5 novembre 2021, n. 162, stabilisce che "*A decorrere dal 1° gennaio 2022 è istituita la certificazione della parità di genere al fine di attestare le politiche e le misure concrete adottate dai datori di lavoro per ridurre il divario di genere in relazione alle opportunità di crescita in azienda, alla parità salariale a parità di mansioni, alle politiche di gestione delle differenze di genere e alla tutela della maternità*".
L'adozione del Piano di eguaglianza di genere (*Gender Equality Plan – GEP*) costituisce un requisito essenziale per la partecipazione ai progetti di ricerca scientifica europei nell'ambito del Programma quadro *Horizon Europe*, come stabilito dalla Commissione Europea, nei *General Annexes* al Programma di lavoro 2021-2022 di *Horizon Europe*, adottati il 15 marzo 2021.
Il GEP ha lo scopo di favorire le pari opportunità all'interno dell'organizzazione e promuovere l'integrazione di genere nella ricerca scientifica, di individuare eventuali divari tra donne e uomini, identificare e implementare strategie innovative per favorire il cambiamento culturale e promuovere le pari opportunità attraverso azioni correttive di miglioramento.
Il GEP è uno strumento strategico-operativo che consente di definire il quadro legale, organizzativo, economico e sociale per attuare nella pratica la parità di genere.
Il GEP dell'IZSVe è stato approvato con DDG n. 492 del 30 dicembre 2021, ha durata quadriennale, ed è soggetto ad aggiornamento annuale in base allo stato di avanzamento degli indicatori ivi previsti o qualora se ne ravvisi la necessità.
Le azioni previste dal GEP possono essere ricondotte alle seguenti aree di miglioramento:

- Misure contro la violenza e le discriminazioni di genere
- Conciliazione vita-lavoro
- Parità nel reclutamento e avanzamento di carriera
- Parità negli organi di governo e decisori
- Integrazione della dimensione di genere nella ricerca

Misure contro la violenza e le discriminazioni di genere

Obiettivo prioritario è diffondere la cultura dell'equilibrio di genere e sensibilizzare sui pregiudizi di genere c.d. "inconsci". Il primo passo verso l'adozione di comportamenti orientati all'equità e alla valorizzazione delle differenze consiste nel premiare professionalità e competenze anziché il genere.
La formazione dovrà essere obbligatoria, preliminare e dedicata al personale interno a più livelli, dirigenza e comparto, focalizzata sulle dimensioni di genere e su concetti, atteggiamenti e responsabilità legate alle molestie, nonché sulle azioni previste nell'ambito del presente GEP.
In tale ambito l'Istituto si avvarrà anche della piattaforma "Syllabus" - promossa dal Dipartimento della funzione pubblica – nella quale sono disponibili iniziative di formazione/informazione relative alla parità di genere e alle discriminazioni, finalizzate a sensibilizzare le lavoratrici e i lavoratori sull'importanza di un luogo di lavoro sano, fondato sulla cultura del rispetto e orientato alla parità di genere e alle pari opportunità.

Conseguente al percorso formativo sarà la stesura di un *vademecum* contenente le linee guida sulla parità di genere, destinato al personale neoassunto a qualsiasi titolo.

Conciliazione Vita-Lavoro

1. Formalizzazione del Regolamento per il lavoro agile.
2. Adozione del PIAO, eventualmente prevendendo altre casistiche di priorità focalizzate sulle tematiche del GEP.

Pari Opportunità: Reclutamento E Avanzamento Di Carriera

Parità di genere comporta che donne e uomini abbiamo le stesse opportunità e che le differenze nei percorsi di crescita professionale siano influenzate da criteri che tengano conto delle competenze e delle professionalità, anziché dal genere.
Allo scopo di dare evidenza che in IZSVe l'essere donna o uomo non influenza il percorso di carriera, un obiettivo perseguibile con il presente Piano è l'organizzazione di un evento denominato "*Excellence Day*" dedicato al personale dell'IZSVe che ha sviluppato un percorso di eccellenza all'interno dell'Istituto.

Parità Negli Organi Di Governo E Decisori

La parità di genere deve essere assicurata in ogni ambito di attività dell'Istituto; i regolamenti di accesso al lavoro, conformandosi alla normativa nazionale, prevedono pari opportunità tra uomini e donne.

Analogamente, nella nomina delle commissioni costituite a qualsiasi titolo deve essere garantita una rappresentanza femminile compatibilmente con le professionalità richieste, ai sensi del decreto legislativo n. 165/2001, art. 57 "*1. Le pubbliche amministrazioni, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro: a) riservano alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e); in caso di quoziente frazionario si procede all'arrotondamento all'unità superiore qualora la cifra decimale sia pari o superiore a 0,5 e all'unità inferiore qualora la cifra decimale sia inferiore a 0,5*".

In Istituto tali principi sono stati recepiti ed esplicitati sia nel Regolamento interno che disciplina la procedura concorsuale per il personale del Comparto, adottato con DDG n. 234/2021 (art. 14.6), sia nel Regolamento interno che disciplina la procedura concorsuale per il personale della dirigenza, adottato con DDG n. 233/2021 (art. 10.6).

Obiettivo perseguibile è pertanto la revisione degli ulteriori regolamenti vigenti che disciplinano la costituzione di commissioni di valutazione interne, esplicitando la necessità che nella scelta dei componenti non vi siano rischi di discriminazione dovute al genere.

Predisposizione di adeguati strumenti di monitoraggio.

Integrazione della Dimensione di Genere Nella Ricerca

Nei progetti di ricerca a livello europeo è garantito il coinvolgimento di almeno una componente femminile nel *team* di ricerca, compatibilmente con il *topic* oggetto di indagine.
La dimensione di genere verrà monitorata annualmente sulla base dei nuovi progetti approvati.
Per ciascuna delle aree di miglioramento sopra descritte, nel GEP sono individuati gli obiettivi, le misure da attuare, i relativi indicatori, il cronoprogramma quadriennale delle attività, nonché gli attori coinvolti.

Azione n. 3 "IZI-GREEN per la sostenibilità ambientale, il risparmio energetico e il benessere dei dipendenti."

L'obiettivo dell'Azione n. 3 è la promozione del benessere dei dipendenti attraverso il miglioramento della qualità ambientale.
Tale obiettivi sarà realizzato attraverso la sensibilizzazione ad una maggiore sostenibilità ambientale e il risparmio energetico, implementando le iniziative volte a:
- promuovere la riduzione dell'inquinamento ambientale (ad esempio programmi di *car-sharing*, spinta verso l'utilizzo della bicicletta o dei mezzi pubblici, colonnine di ricarica veicoli elettrici);
- azione recupero, riciclo e riduzione dello spreco;

valorizzazione degli spazi verdii sia all'interno sia all'esterno dell'Istituto.

Azione n. 4 "Progetti trasversali con altri soggetti dell'Amministrazione"

L'Azione n. 4ha l'obiettivo di partecipare e contribuire allo sviluppo di politiche e iniziative finalizzate a migliorare il benessere dei lavoratori.

Certificazione Family Audit

L'obiettivo della certificazione è quello di offrire alle amministrazioni l'opportunità di entrare a far parte di un *network* di organizzazioni orientate a qualificarsi sempre più come ambienti di lavoro sensibili ai temi della conciliazione vita-lavoro, della valorizzazione delle competenze di genere, dell'*age management* e dell'occupazione giovanile, della sostenibilità, della promozione del benessere degli occupati e delle loro famiglie anche a livello territoriale.
Il *Family Audit*, attraverso un processo di analisi sistematica e partecipata, consente infatti all'organizzazione di attuare un Piano Aziendale d'interventi strutturali, culturali e comunicativi finalizzati ad innovare ed efficientare i processi organizzativi e la gestione del personale.
In ossequio alle disposizioni dell'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 "*Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche*", l'IZSVe ha da tempo avviato iniziative tese ad accrescere il benessere dei propri dipendenti mettendo a disposizione strumenti innovativi finalizzati ad ottimizzare l'equilibrio tra la vita privata e quella professionale migliorando, nel contempo, il clima organizzativo con ricadute benefiche sulla produttività.
Considerato quanto sopra, l'Istituto nel 2014 ha presentato la propria candidatura al bando della Regione del Veneto "*Programmi aziende Family Friendly e Audit Famiglia & Lavoro*" (DGRV n. 6/2014), iniziativa diretta a promuovere la conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro, con l'obiettivo di facilitare la famiglia nella gestione quotidiana, anche sul piano dei servizi e in tutti gli stadi di età dei suoi componenti, in una logica di *empowerment* che vada a incrementare le connessioni tra i diversi attori del territorio, generando capitale sociale.
Il progetto presentato dal gruppo di lavoro dell'IZSVe è stato approvato dalla Regione del Veneto e, in data 28 aprile 2015, ha preso avvio il progetto *"Aziende Family Friendly & Audit Famiglia Lavoro"*.
Nell'ottica di un continuo miglioramento e della volontà di soddisfare nuovi bisogni provenienti da un territorio e da una comunità - lavorativa e non - in continua evoluzione, l'Istituto ha deciso pertanto di investire in una specifica politica volta a migliorare la qualità della vita dei dipendenti ed in particolar modo in relazione alle problematiche che questi presentano in merito al non sempre facile equilibrio tra vita lavorativa e vita privata. Le prime azioni poste in atto, finalizzate a migliorare la situazione esistente, sono l'avvio del succitato progetto e del percorso di certificazione *"Audit FamigliaeLavoro"*.
Con nota del 16 febbraio 2018 la Regione del Veneto ha comunicato il passaggio delle aziende certificate *"Audit FamigliaeLavoro"* allo standard "*Family Audit*" della Provincia Autonoma di Trento – Standard pubblico di riferimento nazionale.
Al termine di una fase transitoria, l'Istituto a dicembre 2018 ha presentato formale domanda di attivazione del processo di certificazione Family Audit presso la Provincia Autonoma di Trento.

Per la realizzazione della suddetta certificazione è stato nominato un Gruppo di lavoro interno composto da 7 componenti in rappresentanza: del CUG, delle organizzazioni sindacali e dell'amministrazione.

Il Gruppo di lavoro ha predisposto il Piano Aziendale dell'IZSVe, con il supporto di un Consente Family Audit; il Piano è un documento riepilogativo delle misure che l'organizzazione intende attuare nei seguenti macro-ambiti di indagine:

- Organizzazione del lavoro
- Cultura aziendale / *diversity equality* e *inclusion management*
- Comunicazione
- *Welfare* aziendale / *people caring*
- *Welfare territoriale*
- Nuove tecnologie

Le azioni previste nel Piano dell'Istituto sono le seguenti:

- Macroambito: Organizzazione del lavoro – Orari e permessi

01 - Flessibilità della pausa pranzo
02 - Flessibilità in entrata
03 - Gruppo di lavoro sul Part –Time

- Macroambito: Organizzazione del lavoro – Processi di lavoro

04 - Integrare il processo Family Audit nel sistema qualità

- Macroambito: Organizzazione del lavoro – Luoghi di lavoro

05 - Regolamento Smart Working

- Macroambito: Cultura aziendale / Diversity Equality & Inclusion Management – Competenza del management

06 - Formazione Dirigenti e Direttori di Struttura sulla conciliazione vita/lavoro.

- Macroambito: Cultura aziendale / Diversity Equality & Inclusion Management – Sviluppo del personale

07 - Formazione al personale sui temi della conciliazione vita/lavoro
15 – Predisposizione del Gender Equality Plan
16 – Azioni di inclusione lavorativa

- Macroambito: Comunicazione – Strumenti per informazione e comunicazione

08 - Diffusione dell'iniziativa e dei servizi di conciliazione/welfare esistenti

- Macroambito: Welfare aziendale / People caring - Contributi finanziari e benefit

09 - Servizi utili al dipendente per conciliare i tempi di vita e lavoro

- Macroambito: Welfare aziendale / People caring - Servizi al lavoratore e ai familiari

10 - Servizi utili al dipendente e ai familiari per conciliare i tempi di vita e lavoro.

- Macroambito: Welfare territoriale - Responsabilità sociale d'impresa

11 - Reinserimento lavorativo/supporto persone svantaggiate

- Macroambito: Nuove tecnologie - Orientamento ai servizi ICT per gli aspetti organizzativi/gestionali e di welfare aziendale

12 - Strumenti tecnologici per lo Smart Working

- Macroambito: Welfare territoriale - Orientamento dei servizi nell'ottica del benessere del territorio

13 - Partecipazione a reti territoriali.

Con determinazione del dirigente dell'Agenzia per la famiglia, la natalità e le politiche giovanili della Provincia Autonoma di Trento n. 222/2019 l'Istituto ha conseguito il certificato Family Audit; il sistema di certificazione prevede la valutazione annuale sullo stato di realizzazione della attività previste nel Piano, con il conseguente rinnovo della certificazione assegnata.
Il Certificato *Family Audit* all'Istituto è stato confermato per la prima annualità con DD n. 339/2020, e per la seconda annualità con DD n. 7034/2021. La terza e ultima annualità, con scadenza nell'anno 2022, si è conclusa con il rilascio del certificato "*Family Audit Executive*" (DD Provincia Autonoma di Treno n. 13021/2022), ad attestazione che l'Istituto ha realizzato le misure previste nel Piano.

L'Istituto, nell'intento di proseguire con l'iter di certificazione, ha scelto di aderire al "Processo di Mantenimento" (prot. IZSVe 2256/2023 nota di conferma di attivazione da Provincia Autonoma di Trento) impegnandosi a garantire per ulteriori tre anni il livello di conciliazione vita lavoro raggiunto con la certificazione "*Family Audit*".

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Con DDG n. 110 del 31 marzo 2022 recante oggetto "*Regolamento per la disciplina del lavoro agile*", è stato reso pienamente operativo, lo strumento del lavoro agile per i dipendenti che svolgono attività compatibili con detta modalità lavorativa, o che possono essere autorizzati allo svolgimento dell'attività in un luogo diverso da quello della sede lavorativa per attività occasionalmente compatibili.

L'Istituto intende percorrere l'opportunità del lavoro agile quale modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, nel rispetto delle regole di prevalenza in servizio e promuovendo la sostenibilità sociale, economica e ambientale nonché quale strumento che mira al conseguimento di maggiore soddisfazione professionale e benessere lavorativo, anche attraverso la conciliazione tra i tempi di lavoro e la vita personale dei collaboratori.
Sono state intraprese azioni di sostegno, che riguardano diversi ambiti di intervento, quali il potenziamento degli strumenti informatici, il sistema di monitoraggio delle attività svolte e dei risultati conseguiti e la formazione.

L'Istituto intende proseguire, anche per il prossimo triennio, l'obiettivo di massimizzare i benefici del lavoro agile anche in termini di risparmio energetico, favorendo forme di coordinamento della presenza nelle diverse strutture.

I contratti stipulati sono di durata annuale e il rinnovo degli stessi è subordinato alla positiva verifica degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi contrattualmente stabiliti.

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 INTRODUZIONE

Le risorse umane rappresentano uno dei fattori determinanti per contribuire al raggiungimento degli obiettivi tesi alla creazione di valore pubblico.
La presente sezione si inserisce nell'ambito dell'attività di programmazione e coerentemente con la stessa contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi offerti.
L'obiettivo della programmazione delle risorse umane è garantire lo svolgimento efficiente dell'intera organizzazione per la piena realizzazione del Piano strategico, attraverso una corretta allocazione delle risorse umane e la migliore copertura del fabbisogno di personale e di competenze nell'ambito dei limiti normativi e finanziari vigenti.
Altri aspetti da tenere in considerazione sono lo sviluppo del *know-how* mediante acquisizione delle professionalità specialistiche necessarie, la valorizzazione delle professionalità presenti e l'aumento del benessere organizzativo, quali fattori abilitanti in grado di sostenere gli obiettivi di valore pubblico.
Una corretta programmazione delle risorse umane in termini quantitativi e qualitativi genera un'organizzazione più efficiente, capace di generare un miglioramento dei servizi orientati agli *stakeholder*.

Per realizzare la strategia sopra descritta l'Istituto ha programmato il reclutamento di personale riportato di seguito, per gli obiettivi strategici descritti nel presente documento, suscettibile di eventuali modifiche integrazioni sulla base dell'evoluzione delle esigenze nel corso del triennio. La programmazione dei fabbisogni di personale è infatti strettamente correlata con i risultati da raggiungere in coerenza con le necessità reali, attuali e future e in base agli ambiti di attività in corso di sviluppo/potenziamento.

L'individuazione del fabbisogno di personale è stata preceduta da una puntuale analisi dell'assetto organizzativo, dei programmi istituzionali da realizzare in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogerenti in termini di competenze, attività, prestazioni erogate e professionalità richieste, sia a livello qualitativo che quantitativo, anche tenuto conto della necessità di assolvere ai compiti e alle funzioni straordinarie volte a fronteggiare eventuali esigenze specifiche, di carattere straordinario. Si è inoltre tenuto conto della necessità di garantire un adeguato supporto e sostegno tecnico-amministrativo alle attività sanitarie e di ricerca scientifica.
La definizione dei fabbisogni del personale è stata inoltre preceduta da una ricognizione dell'attuale fabbisogno di personale, operata previa acquisizione delle esigenze rappresentate dai Dirigenti responsabili delle strutture di questo Istituto in appositi incontri con la Direzione strategica, per individuare gli ambiti prioritari di intervento per l'anno 2024.

3.3.2 CONSISTENZA DI PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2023

Organico Complessivo dell'IZSVe – 31 dicembre 2023

Riepilogo Generale Dotazione Organica - 31/12/2023			
Dotazione Organica			
Classificazione Personale	**TI**	**TD**	**Tot. Gen.**
Dirigente Veterinario	56	4	60
Dirigente Biologo	13		13
Dirigente Chimico	9		9
Dirigente Prof. Sanitarie /Qualità	1		1
Dirigente Professionale	1		1
Dirigente Tecnico	2	3	5
Dirigente Amministrativo	5		5
Totale Dirigenza	**87**	**7**	**94**
APS - Prof. Tec. Sanitario	105		105
APS - Coll. Prof. Tecnico	59	21	80
APS - Coll. Prof. Amministrativo	33		33
Tot. Area Professionisti della Salute e Funzionari	**197**	**21**	**218**
ADA - Assistente Tecnico	43	6	49
ADA - Assistente Informatico	3		
ADA - Assistente Amministrativo	52		52
Tot. Area degli Assistenti	**98**	**6**	**101**
ADO - Operatore Tecnico Spec.	23	1	24
ADO - Coadiutore Amministrativo Senior	18	2	20
Tot. Area degli Operatori	**41**	**3**	**44**
ASU - Operatore Tecnico	24	3	27
ASU - Coadiutore Amministrativo	13	1	14
Tot. Area Personale di Supporto	**37**	**4**	**41**
Totale Dotazione Organica	**460**	**41**	**498**

Borse di Studio

Tipologia di Contratto	N°
Borse di Studio	**99**

3.3.3 LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

Il "*Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale*", introdotto dal D.lgs. 25 maggio 2017, n. 75, recante "*Modifiche e integrazioni al D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165*", individua nel medio termine, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, le risorse umane necessarie all'espletamento delle attività a cui è tenuto l'Istituto, superando il concetto di dotazione organica.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie 2024-2026 si configura, pertanto, come uno strumento di programmazione pluriennale a scorrimento, che tiene conto sia dei vincoli

di spesa previsti dalla normativa vigente, sia delle risorse economiche effettivamente presenti e disponibili nei bilanci dell'Istituto.

Tale programmazione è stata approvata con DCA n. 20 del 19 dicembre 2023 avente ad oggetto "*Approvazione piano assunzioni a tempo indeterminato anno 2024, modifiche alla Dotazione Organica del personale della Ricerca con relativo Piano Assunzioni a tempo determinato 2024 e piano triennale dei fabbisogni 2024-2026 dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*", inviata agli Enti cogerenti ed elaborata sulla base essenzialmente delle linee di sviluppo, con relativi obiettivi strategici e indirizzi operativi contenuti nel presente documento e predisposti dal Direttore generale ai sensi del vigente Accordo per la gestione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e dallo Statuto IZSVe.

Nell'ambito degli indirizzi di programmazione, e nell'ottica di fornire un quadro analitico e illustrativo delle politiche di sviluppo delle risorse umane in IZSVe per il 2024, è importante evidenziare i fattori che sono stati tenuti in considerazione.

Si sta, infatti, assistendo ad un processo di innovazione e riforma della Pubblica Amministrazione, come evidenziato anche nel "*Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale*" sottoscritto dal Governo e dalle OO.SS. il 10 ottobre 2021, che prevede un ruolo centrale nella valorizzazione del personale, anche attraverso percorsi di crescita, riqualificazione e aggiornamento delle competenze con un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua per centrare le sfide future. In un tale contesto, centrale anche in chiave prospettica, sarà, pertanto, la definizione di un sistema di competenze finalizzato ad orientare, sulla base di una definizione strategica dei profili professionali emergenti/necessari, i processi di programmazione dei fabbisogni di personale, selezione, valutazione e formazione.

In tal senso il numero di assunzioni programmato per l'anno 2024 è correlato anche alla previsione di effettuare progressioni tra le aree con lo scopo di valorizzare la carriera e le competenze acquisite dal personale dipendente nel corso degli anni, secondo quanto previsto dall'art. 20 (Progressioni tra le aree) e 21 (Norme di prima applicazione) del CCNL 2019-2021.

Contenutisticamente la programmazione 2024 – 2025 si pone in linea di continuità con quella dell'anno precedente, sia per ovvie ragioni di coerenza con le misure occupazionali già assunte negli esercizi precedenti sia per assicurare il rispetto dei vincoli contingenti in particolare di natura economico - finanziaria.
L'Istituto, come noto, già da tempo attua politiche di contenimento, razionalizzazione e ottimizzazione in materia di risorse umane: ciò in adempimento delle disposizioni normative nazionali in materia di contenimento dei costi ma anche per esigenze di riduzione della spesa ai fini della gestione di bilancio.

Le politiche del personale mirano a garantire un efficace turn over e l'applicazione degli istituti contrattuali che, come detto, consentono, anche in prospettiva di carriera, una progressione del personale.

Sulla base dell'assetto organizzativo, dei programmi istituzionali da realizzare, del trend delle cessazioni e della ricognizione dell'attuale fabbisogno di personale, con DDG n. 408/2023 è stato proposto il Piano Assunzioni 2024, di seguito esposto, approvato con DCA n. 20/2023, inviata agli Enti cogerenti in data 28 dicembre, riportante l'analisi dei presupposti di fatto e normativi per le scelte in ordine alla programmazione delle risorse umane, sia sotto il profilo numerico sia sotto l'aspetto finanziario:

Piano Assunzioni a Tempo Indeterminato 2024

Ruolo / Profilo prof.	Area	Piano Assunzioni 2024
Dirigente Veterinario	---	3
Dirigente delle Prof. Sanitarie		1
Collaboratore Profess. Sanit.	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	1
Totale Ruolo Sanitario		**5**
Dirigente Analista		1
Collaboratore tecnico professionale	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	13
Assistente Tecnico	Area degli assistenti	5
Assistente Informatico	Area degli assistenti	1
Operatore Tecnico Spec.	Area degli operatori	8
Operatore Tecnico	Area del personale di supporto	2
Totale Ruolo Tecnico		**30**
Collaboratore Amm. Prof./Stat	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	6
Assistente Amministrativo	Area degli assistenti	4
Coadiutore Amministrativo Sen.	Area degli operatori	4
Totale Ruolo Amministrativo		**14**
Totale dotazione organica		**49**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, che si riporta in seguito, tiene in particolare conto dei seguenti elementi:

- andamento cessazioni del personale degli ultimi tre anni al fine di prevedere prudenzialmente il turn over nel triennio 2024-2026;
- trasferimenti per processi di mobilità già conclusi o in itinere;
- mantenimento del trend volto ad assicurare, entro i limiti attuali di contenimento della spesa per il personale, un graduale completamento dell'organico atteso che a tal fine si è riservato negli anni scorsi e si continua a riservare una dotazione di risorse entro il tetto di spesa;
- i fabbisogni teorici di personale avendo riguardo alle attività da sviluppare;
- assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999);
- esigenze delle diverse articolazioni organizzative.

Piano Assunzioni a Tempo Indeterminato - Anno 2024		PIANO DEI FABBISOGNI 2024 - 2026		
Ruolo / Profilo prof.	Area	2024	2025	2026
Dirigente Veterinario	---	3	2	2
Dirigente delle Prof. Sanitarie	---	1		
Collaboratore Profess. Sanit.	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	1		
Totale Ruolo Sanitario		**5**	**2**	**2**
Dirigente Professionale	---			1
Totale Ruolo Professionale		**0**	**0**	
Dirigente Analista	---	1		
Collaboratore tecnico professionale	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	13	2	2
Assistente Tecnico	Area degli assistenti	5	1	1
Assistente Informatico	Area degli assistenti	1		
Operatore Tecnico Spec.	Area degli operatori	8	1	1
Operatore Tecnico	Area del personale di supporto	2		
Totale Ruolo Tecnico		**30**	**4**	**4**
Dirigente Amministrativo	---			
Collaboratore Amm. Prof./ Stat.	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	6	2	2
Assistente Amministrativo	Area degli assistenti	4	1	1
Coadiutore Amministrativo Esp.	Area degli operatori	4	1	
Coadiutore Amministrativo	Area del personale di supporto			
Totale Ruolo Amministrativo		**14**	**4**	**3**
Totale unità		**49**	**10**	**9**

3.3.4 RICERCA

La Direzione dell'Ente ha proseguito il percorso finalizzato a ricercare nuove strategie per alimentare e rendere più competitiva l'attività di ricerca e un notevole impulso in tale ambito è derivato anche dalle novità normative e contrattuali introdotte negli ultimi anni.

La legge 27 dicembre 2017, n. 205, ha istituito presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria. Il rapporto di lavoro del personale è disciplinato, nell'ambito dal contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, Sezione del Personale del Ruolo della Ricerca Sanitaria e delle Attività di Supporto alla Ricerca Sanitaria dell'11 luglio 2019, con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, prendendo a riferimento quelli della categoria apicale degli altri ruoli del comparto e valorizzando, con riferimento al personale della ricerca sanitaria, la specificità delle funzioni e delle attività svolte, con l'individuazione di specifici criteri, connessi anche ai titoli professionali nonché alla qualità e ai risultati della ricerca, ai fini dell'attribuzione della fascia economica. Nell'ambito della dotazione organica è stata definita una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca.

Gli Istituti possono bandire le procedure concorsuali per il reclutamento del personale con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato della durata di cinque anni, con possibilità di un solo rinnovo per la durata massima di ulteriori cinque anni, previa valutazione annuale e a valutazione di idoneità per l'eventuale rinnovo a conclusione dei primi cinque anni di servizio. L'esito negativo della valutazione annuale, per tre anni consecutivi, determina la risoluzione del contratto.

In sede di prima applicazione il personale in servizio presso gli Istituti alla data del 31 dicembre 2017, con rapporti di lavoro flessibile instaurati a seguito di procedura selettiva pubblica ovvero titolare, alla data del 31 dicembre 2017, di borsa di studio erogata dagli Istituti a seguito di procedura selettiva pubblica, che avesse maturato un'anzianità di servizio ovvero fosse stato titolare di borsa di studio di almeno tre anni negli ultimi cinque, è stato assunto con contratto di lavoro a tempo determinato.

L'art. 25, comma 4, del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 è successivamente intervenuto a modificare il citato articolo 1, comma 432, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, ampliando il termine per procedere alle assunzioni *"(…) entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della sezione del contratto collettivo del comparto Sanità di cui al comma 423 (…)".*

Con successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 147 del 22 giugno 2021 sono stati definiti i requisiti, i titoli e le procedure concorsuali per le assunzioni a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS).

Attualmente, in base alla normativa sopra richiamata ed alle variazioni intervenute (rinunce intervenute e acquisizioni mediante cessazione di contratto) risultano inquadrati nella cosiddetta "Piramide della Ricerca" presso l'IZSVe, con contatto di lavoro a tempo determinato per anni cinque, ai sensi dell'art. 1, comma 432, della legge 205/2017 e s.m.i., complessivamente 66 unità, di cui 20 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, e 46 unità nel profilo professionale di Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, categoria D. I contratti di lavoro a tempo determinato della c.d. "Piramide" sono stipulati in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e sono a carico dei finanziamenti specifici di cui alla Legge 205/2017 art. 1, comma 424 per il personale della "Piramide della Ricerca".

Il continuo sviluppo dell'attività di ricerca rende opportuno, in considerazione delle attuali esigenze, consolidare i notevoli risultati raggiunti attraverso una ulteriore implementazione del personale coinvolto in questo settore di rilevanza strategica per l'Istituto. Con la medesima DDG n. 408/2023, si è quindi proceduto alla revisione della dotazione organica complessiva del personale dell'Istituto dedicato alla ricerca, per la parte relativa al personale della Piramide della Ricerca.

Inoltre si deve tener conto che con la legge n. 87/2023 sono state introdotte nuove disposizioni in materia di personale della ricerca sanitaria, prevedendo - per il periodo dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2025 - la possibilità per IRCCS e IZS di assumere a tempo indeterminato, nella posizione economica acquisita, in coerenza con la dotazione organica, il personale impiegato nelle attività di ricerca e di supporto alla ricerca.
L'Istituto ha quindi definito il percorso di stabilizzazione che verrà avviato nel corso del 2024 e la cui spesa è finanziata con le risorse disponibili di cui all'art. 1, co. 424, ultimo periodo, della legge n. 205/2017.

Nel medio termine per quanto riguarda il personale non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca, si proseguirà il percorso intrapreso dando attuazione al Piano Assunzioni 2024, di seguito indicato, che troverà attuazione graduale nel corso dell'anno e sarà rimodulabile in base alle future esigenze e alla definizione dei fondi assegnati ai sensi del comma 424 dell'art. 1 della legge 205/17, subordinandone la attuazione alla effettiva disponibilità delle risorse.

Piano Assunzioni PIRAMIDE DELLA RICERCA 2024

Profilo Professionale (ricercatore/supporto ricerca)	Piano Assunzioni 2024
Ricercatore Sanitario - cat. Ds - Veterinario	3
Ricercatore Sanitario - cat. Ds - Chimico	1
Ricercatore Sanitario - cat. Ds - Biologo	3
Coll. profess. Di ricerca sanitaria - cat. D - Animal Care	1
Coll. profess. Di ricerca sanitaria - cat. D - Tec	1
Coll. profess. Di ricerca sanitaria - cat. D - statistico	1
Coll. profess. Di ricerca sanitaria - cat. D - amministrativo	4
Coll. profess. Di ricerca sanitaria - cat. D - Biologo Junior	2

3.3.5 I LIMITI DI SPESA

Il d.lgs. 270/93 "*Riordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*", sancisce che gli Istituti sono dotati di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica ed operano come strumenti tecnico scientifici dello Stato, delle Regioni e Province Autonome per le materie di rispettiva competenza; essi operano, inoltre, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Alle Regioni è, tra l'altro, delegato il compito di disciplinare le modalità gestionali, organizzative e di funzionamento degli IIZZSS, nel rispetto dei principi previsti dal d.lgs. 270/1993, dal d.lgs. 106/2012 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i., nonché quello di esercizio delle funzioni di vigilanza amministrativa, di indirizzo e verifica. Le stesse regioni, nell'esercizio delle proprie competenze sugli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, adottano criteri di valutazione dei costi, dei rendimenti e verificano il corretto utilizzo delle risorse assegnate.

Riguardo alle fonti di finanziamento, il succitato d.lgs. n. 270/93 stabilisce che lo stesso è assicurato dallo Stato, a carico del Fondo Sanitario Nazionale, con ripartizione decisa annualmente dal CIPE, su proposta del Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Concorrono al finanziamento anche il Ministero della Salute, le Regioni, le A.S.L. e gli altri Enti pubblici e privati per le prestazioni effettuate in convenzione.

Quanto stabilito dal d.lgs. 270/93, è stato recepito dall'Accordo per la gestione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

Sulla base di quanto sopra esposto, l'autorizzazione alle assunzioni di personale a tempo indeterminato sia pur nell'ambito della normativa vigente in materia, viene a configurarsi come adempimento di carattere gestionale conseguente alla preventiva approvazione, da parte del Consiglio di Amministrazione e degli Enti cogerenti, della dotazione organica dell'Istituto, delle strutture dipartimentali, complesse e semplici previste nell'organizzazione - elementi questi tutti inseriti nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e le relative dotazioni organiche - nonché dei bilanci di previsione.

Tale impostazione è stata recepita dalla stessa Regione del Veneto con D.G.R.V. n. 4209 del 30 dicembre 2008, successivamente confermata anche dalla D.G.R.V. n. 855 del 15 marzo 2010, relativamente ai limiti complessivi di spesa sul personale a cui questo Ente è soggetto, confermando che l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie è in grado di valutare autonomamente il limite di spesa per il personale, nel caso di fattispecie previste da norme statali che lo riguardino specificamente con assegnazione di compiti a esclusivo finanziamento a carico dello Stato, e che, conseguentemente, esso non sia, per tale profilo, soggetto ad autorizzazione regionale. Successivamente la D.G.R.V. n.

769 del 2 maggio 2012 ha disposto che l'IZSVe è "*Ente di Diritto Pubblico con personalità giuridica avente una valenza sovra regionale...e viene amministrato con modello di cogestione nel quale rientra anche il Ministero della Salute*" e che, pertanto, non si applicano allo stesso Istituto le disposizioni precedentemente impartite con D.G.R.V. n. 1841/2011.

Nell'ambito della definizione delle risorse utili al perseguimento delle funzioni istituzionali, l'IZSVe già da tempo attua politiche di contenimento, sotto il profilo quantitativo, dello sviluppo della risorsa umana, in adempimento delle disposizioni normative nazionali in materia di personale applicabili all'Ente e, come evidenziato nella tabella di seguito riportata, tale andamento è in linea con il limite di spesa del personale imposto dalla normativa vigente, precisando che, in via prudenziale, l'Istituto ha deciso di considerare attualmente un budget massimo di spesa pari al 95 % del limite massimo consentito:

Tetto di Spesa

Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge Finanziaria 2007), art. 1 comma 565	TETTO Anno 2024
Totale Limite di Spesa del personale anno 2024	26.998.589
Budget massimo del Personale (95%) del limite di spesa - *Dal mese di AGOSTO 2018 il limite è stato alzato (DCA 13 del 27/08/2018)*	25.648.660
Spesa per il personale prevista per l'anno 2024	23.788.906
Differenza	1.859.754

Come si evince dalla tabella sopra riportata risulta, pertanto, ampiamente rispettato l'obbligo di legge relativo al contenimento della spesa per il personale.

3.3.6 LA MODIFICA DELLA DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE FRA SERVIZI/SETTORI/AREE

L'assetto organizzativo dell'Istituto, delineato dal *"Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e relative dotazioni organiche"* è stato da ultimo modificato con delibera del Consiglio di amministrazione n. DCA n. 14 del 16 settembre 2022 nel rispetto dei principi di cui all'art. 10 del d.lgs. 106/2012. Con DDG n. 425 del 23.12.2022 è stata data attuazione alle suddette modifiche a decorrere dal 1.1.2023, con la gradualità prevista nel medesimo provvedimento.

Nel medio periodo verranno prese in considerazione ulteriori modifiche migliorative all'attuale modello organizzativo qualora funzionali alle attività programmate (ad esempio nell'ambito della Ricerca), attraverso l'istituzione e la ridefinizione di alcune Strutture ed il conseguente aggiornamento della declaratoria delle relative funzioni.

3.3.7 LA MODIFICA DEL PERSONALE IN TERMINI DI LIVELLO/INQUADRAMENTO

L'Istituto privilegia scelte strategiche in relazione alla sostituzione di personale cessato, ponderando la ricerca, mediante le procedure di reclutamento previste dalla vigente normativa, di figure professionali maggiormente funzionali, per livello, inquadramento e capacità tecniche, al complesso di attività previste dalla *mission* aziendale ed ai progetti di sviluppo futuri. Inoltre nel corso del 2024 si proseguirà ad attuare il nuovo quadro di inquadramento e sviluppo del personale delineato dal CCNL del comparto sanità 2019-2021.

Il contesto nazionale ed internazionale (vedasi progetti nell'ambito del PNRR), pone inoltre sempre di più l'esigenza di reperire profili innovativi e fortemente specializzati.

3.3.8 LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

Rapporti di Lavoro a Tempo Indeterminato

L'Istituto procederà alle assunzioni previste in attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026, mediante concorso pubblico per l'instaurazione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato, previo esperimento

degli adempimenti previsti dall'art. 34 bis del D.lgs. n. 165/2001 (diretto a verificare la presenza di eventuale personale collocato in disponibilità in possesso della medesima qualifica professionale) e delle procedure di mobilità volontaria tra Enti ai sensi dell'art. 30 del medesimo Decreto legislativo.

Assunzioni Obbligatorie

La Legge 12 marzo 1999, n. 68 "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*", all'art. 2, prevede il collocamento mirato per l'inserimento lavorativo di persone con disabilità (definite al precedente art. 1), nel caso dell'Istituto nella quota di riserva del 7% dei lavoratori occupati in quanto Pubblica Amministrazione con più di 50 dipendenti (misura stabilita dal successivo art. 3)
Inoltre, l'art. 18 della medesima normativa stabilisce l'obbligo per i datori di lavoro con più di 50 dipendenti di riservare la quota dell'1% dei lavoratori occupati all'inserimento lavorativo di orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause, nonché dei coniugi e dei figli di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e di lavoro e dei profughi italiani rimpatriati, il cui status è riconosciuto ai sensi della Legge 26 dicembre 1981, n. 763.

Al fine di ottemperare alle disposizioni di cui alla medesima Legge n. 68/1999, il collocamento obbligatorio dei soggetti disabili e dei soggetti appartenenti alle categorie protette di cui nell'art. 18 della L. 68/99 può avvenire secondo le sotto indicate modalità:

- tramite concorsi pubblici (con riserva dei posti) che devono essere espletati per i profili professionali per i quali è previsto il possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado e/o laurea;
- tramite avviamento da parte del Centro per l'impiego con chiamata numerica (per i profili per i quali è necessario il solo requisito della scuola dell'obbligo);
- tramite specifiche Convenzioni ex art. 11 sottoscritte con gli Uffici competenti nell'ambito territoriale dell'IZSVe aventi ad oggetto la determinazione di un programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali di cui alla presente Legge.

Rapporti di Lavoro a Tempo Determinato (LAVORO FLESSIBILE)

Nella realtà dell'Istituto l'instaurazione di rapporti di lavoro a tempo determinato è, di norma, collegata alla realizzazione di progetti, dotati di specifico finanziamento, secondo quanto delineato dall'art. 15 *octies* del D.lgs. 502/92. Con riferimento al personale a tempo determinato nell'ambito della Ricerca si rimanda a quanto sopra ampiamente descritto.

Progressioni tra le Aree del Personale del Comparto a Tempo Indeterminato ("VERTICALI")

La riqualificazione del personale interno è uno strumento importante nelle politiche di gestione del personale; l'Istituto intende avvalersi di tutte le opportunità prevista dalla normativa ed in particolare delle nuove forme di progressioni tra Aree delineate dal nuovo CCNL del Comparto Sanità 2019-2021.

Mobilità Interna

L'Istituto, nell'ambito della gestione delle assunzioni previste nelle varie annualità ricomprese nel Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026, si riserva la facoltà, ove opportuno, di avvalersi delle procedure di mobilità interna, volte al prioritario accertamento dell'eventuale presenza di specifiche professionalità in altri ambiti dell'Istituto, secondo la normativa ed il Regolamento interno vigenti.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'Istituto provvede alla formazione del proprio personale attraverso due sistemi di gestione ai quali sono associati budget dedicati e differenziati: 1) centralizzata, in carico al Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni (LFSP), afferente alla struttura SCS4 - Epidemiologia, Servizi e Ricerca in Sanità Pubblica Veterinaria, che eroga e gestisce corsi di natura tecnico-scientifica e di aggiornamento finanziario-amministrativo, oltre alle iniziative formative

obbligatorie previste dalla normativa (es.: sicurezza sui luoghi di lavoro); 2) decentrata, in carico a ogni laboratorio/ufficio, in base alla quale alcune figure professionali possono accedere a iniziative erogate da Enti esterni. Di seguito vengo illustrati i processi che attengono, come responsabilità, a LFSP e che permettono di organizzare e gestire la pianificazione degli interventi formativi.

La formazione dell'IZSVe è orientata dalle priorità strategiche dell'Ente e principalmente volte al potenziamento delle competenze tecniche e trasversali. Al fine di indagare le esigenze formative del personale, con cadenza generalmente biennale, viene effettuata specifica indagine che, coinvolgendo la Direzione Strategica e tutti i dipendenti, consente di raccogliere una serie di informazioni necessarie alla formulazione del Piano Formativo Aziendale (PFA).

Tutte le attività inerenti il processo formativo (dall'analisi dei fabbisogni, alla realizzazione e rendicontazione) sono in capo al LFSP, il quale si avvale della collaborazione di alcune figure significative per la *governance* del processo stesso. Tra queste si ha la figura del Referente per la formazione che costituisce il punto di riferimento per il personale della Struttura di appartenenza e collabora con il LFSP all'ottenimento di una rappresentazione più dettagliata dei fabbisogni del personale.

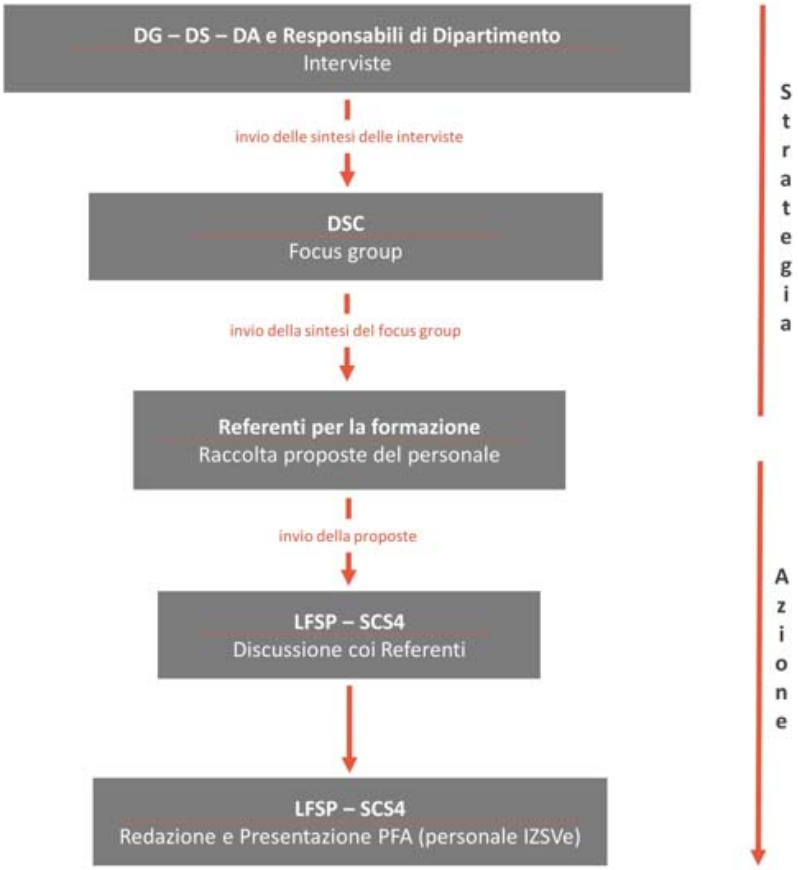
Per poter effettuare il *check* di congruità tra i fabbisogni rilevati e le politiche/strategie di sviluppo dell'IZSVe, il protocollo di indagine (figura 1) prevede, di norma, 4 step consecutivi, ciascuno dei quali coinvolge diversi soggetti in modo da indagare i fabbisogni organizzativo, professionale e individuale.

L'analisi dei fabbisogni organizzativi identifica le esigenze di formazione che derivano dalle scelte strategiche; l'analisi dei fabbisogni professionali rileva le esigenze di formazione che provengono dalla valutazione delle posizioni ricoperte dai professionisti, mettendo in evidenza eventuali gap tra i compiti e le performance realizzate rispetto a quelle desiderate; l'analisi dei fabbisogni individuali consente di evidenziare le esigenze formative della singola persona, definite in base a quanto stabilito dalla posizione ricoperta.

Gli step del protocollo di indagine sono:

- Step 1: interviste alla Direzione strategica dell'Istituto: Direttore Generale (DG), Direttore Sanitario (DS), Direttore Amministrativo (DA) e i Responsabili di Dipartimento al fine di definire le strategie dell'ente e l'orientamento dell'IZSVe rispetto anche alle Linee Strategiche dell'IZSVe e alla Relazione Programmatica annuale;
- Step 2: focus group dedicato ai Direttori di Struttura Complessa (DSC) per la discussione e condivisione di quanto emerso nelle interviste di cui allo step 1 in modo da ricondurre la visione aziendale definita dalla Direzione strategica a specifiche esigenze formative;
- Step 3: Riunioni interne alle singole Strutture/Unità Operative, condotte dai Referenti per la formazione per agevolare la comunicazione top down delle Linee strategiche e la raccolta più puntuale delle esigenze formative;
- Step 4: focus group dedicato ai Referenti per la formazione per la presentazione e discussione dei fabbisogni formativi rilevati presso le singole Strutture. Il confronto tra i Referenti di diverse realtà permette di condividere e distinguere gli aspetti di carattere trasversale rispetto agli aspetti specifici.

Figura 1: schema rappresentativo delle varie fasi del protocollo di indagine



L'analisi dei fabbisogni formativi del personale IZSVe è quindi un processo periodico di raccolta e valutazione di dati mirata a identificare aree di miglioramento e possibilità di valorizzazione delle competenze. Di conseguenza, i risultati servono per pianificare adeguatamente le attività formative da realizzare in ordine agli obiettivi strategici fissati dal Piano Triennale delle Attività (PTA) e coniugati alle risorse disponibili. In particolare, il PFA 2024 è stato costruito sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi condotta nel 2021 (valutazioni di opportunità strategica, anche in relazione al riordino dei Servizi dell'IZSVe avviato nel 2023, anno portato a uno slittamento di tale rilevazione) e dell'indagine sul clima aziendale condotta nel 2023 tenendo conto delle indicazione del CDA Aziendale (Piano Triennale delle Attività - PTA 2024-2026) e del Comitato Scientifico per la Formazione dell'IZSVe.

Nel corso del 2024 sarà condotta l'indagine sui fabbisogni formativi del personale che sarà tradotta nei futuri PFA. I principali punti da indagare nell'indagine 2024 saranno:

- Gli ambiti che necessitano maggiormente di interventi formativi per il raggiungimento dei risultati attesi rispetto alle aree di attività individuate come strategiche dall'IZSVe (PTA 2024-2026);
- Le aree di competenze (relazionale, manageriale, culturale e specialistica) in cui è opportuno investire le risorse in via prioritaria;
- Le competenze e/o argomenti e/o strutture in cui investire;
- Le figure professionali da selezionare come target prioritario;
- Le metodologie della formazione;
- La formazione presso strutture esterne all'Istituto.

La "traduzione" dei fabbisogni in progetti formativi, è realizzata dal LFSP il quale integra il documento con le iniziative formative obbligatorie dettate dalla normativa (Sicurezza, trasparenza e anticorruzione, qualità, privacy) e il Comitato Scientifico per la Formazione (CSF) dell'IZSVe ne valuta la coerenza con le linee strategiche dell'Ente nonché la fattibilità in base alle risorse a disposizione.

Il PFA contiene la pianificazione delle iniziative formative che l'IZSVe intende realizzare nel corso dell'anno di riferimento, distinta tra formazione riservata al personale IZSVe e utenza esterna.

Il PFA 2024, approvato dal Comitato Scientifico per la Formazione dell'IZSVe in data 16/01/2024 e formalizzato con DDG n. 16 del 25 gennaio 2024, contiene l'elenco delle iniziative formative e, per ciascuna, è riportato: argomento, responsabile scientifico, obiettivo formativo, destinatari, periodo di svolgimento, eventuale accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina), stima delle risorse economiche necessarie alla sua realizzazione.

Nelle successive tabelle 1 e 2 è riportato l'elenco delle iniziative previste dalla DDG succitata e riservate al personale IZSVe.

Il PFA è pubblicato nel sito web dell'IZSVe https://www.izsvenezie.it/formazione/piano-formativo/

La formazione presso strutture esterne all'Istituto è gestita dalla SCA1 – Risorse Umane e, come anticipato in premessa, ha budget dedicato.

Tabella 1: elenco corsi Obbligatori riservati al personale IZSVe

Cod. Esterna/ Interna PFA	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
OB 1	Il codice di comportamento in IZSVe	Fare acquisire conoscenze in merito al codice di comportamento	1	*RPCT*	Ferriani Giulia	*fad*	*Personale neoassunto e Personale interessato (interno ed esterno)*	200	no	2	Corso da predisporre anche per il 2024 dal materiale didattico già editato	**0,00 €**
OB 2	Anticorruzione e trasparenza- livello generale	Fare acquisire conoscenze in merito all'etica e all'integrità del pubblico dipendente	1	RPCT	Ferriani Giulia	*fad*	*Personale neoassunto e Personale interessato*	200	no	4	Corso da predisporre anche per il 2024 dal materiale didattico già editato	**0,00 €**
OB 3	Anticorruzione - livello specifico	Fare acquisire conoscenze in merito alle specifiche aree a rischio	1	RPCT	RPCT	*res*	*Dirigenti e funzionari che operano nelle aree a rischio dell'IZSVe*	35	no	7		**1.500,00 €**
OB 4	Formazione stabularisti: Corso di formazione pratica Moduli 3.2, 6.2, 8 specie POLLO	Sanità veterinaria	2	SCS3 - U.O. Veterinaria centralizzata protezione animali utilizzati a fini scientifici	Mutinelli Franco	*res*	*Aggiornamento personale addetto agli stabulari e personale tecnico coinvolto*	10	no	7	Formazione obbligatoria ai sensi del DM 228 del 2021 e del Decreto Direttoriale del 18/03/2022	**0,00 €**
OB 5	Formazione stabularisti: Corso di formazione pratica Moduli 3.2, 6.2, 8	Sanità veterinaria	2	SCS3 - U.O. Veterinaria centralizzata protezione animali utilizzati a fini scientifici	Mutinelli Franco	*res*	*Aggiornamento personale addetto agli stabulari e personale*	16	no	12	Formazione obbligatoria ai sensi del DM 228 del 2021 e del Decreto	**0,00 €**

Cod. Esterna/ Interna PFA	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
	specie ratto, topo e criceto						*tecnico coinvolto*				Direttoriale del 18/03/2022	
OB 6	Formazione stabularisti: Corso di formazione pratica Moduli 3.2, 6.2, 8 specie coniglio	Sanità veterinaria	2	SCS3 - U.O. Veterinaria centralizzata protezione animali utilizzati a fini scientifici	Mutinelli Franco	*res*	*Aggiornamento personale addetto agli stabulari e personale tecnico coinvolto*	16	no	7	Formazione obbligatoria ai sensi del DM 228 del 2021 e del Decreto Direttoriale del 18/03/2022	**0,00 €**
OB 7	Formazione stabularisti: Corso di formazione pratica Moduli 3.2, 6.2, 8 specie ittiche (pesce)	Sanità veterinaria	3	SCS3 - U.O. Veterinaria centralizzata protezione animali utilizzati a fini scientifici	Mutinelli Franco Toffan Anna	*res*	*Aggiornamento personale addetto agli stabulari e personale tecnico coinvolto*	16	no	7	Formazione obbligatoria ai sensi del DM 228 del 2021 e del Decreto Direttoriale del 18/03/2022	**0,00 €**
OBS 1	Sicurezza in IZSVe - Corso di formazione generale dei lavoratori sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs n. 81/2008)	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	FAD	neoassunti	----	no	4		**0,00 €**
OBS 2	Incidenti in itinere: l'importanza della guida sicura per la tutela del lavoratore (D. Lgs n. 81/2008)	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	FAD	lavoratori IZSVe	----	no	2,5		**0,00 €**
OBS 3	Formazione specifica	Sicurezza dei lavoratori	9	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	neoassunti	35	no	4	Una edizione ogni 40 gg circa	**0,00 €**

Cod. Esterna/ Interna PFA	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
	lavoratori: rischio basso 4h											
OBS 4	Formazione specifica lavoratori: rischio alto 12h	Sicurezza dei lavoratori	9	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	neoassunti	35	no	12	Una edizione ogni 40 gg circa	**0,00 €**
OBS 5	Aggiornamento formazione specifica lavoratori (rischio alto e basso)	Sicurezza dei lavoratori	8	Dir. Gen.	Milan Fabienne	blended	lavoratori	25-30	no	6	Sono previste 1 edizione a TV, 1 a VR e 1 a PN	**0,00 €**
OBS 6	Aggiornamento formatori per la sicurezza	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	formatori per la sicurezza	10	si	8		**1.500,00 €**
OBS 7	Aggiornamento Dirigenti Sicurezza	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	dirigenti per la sicurezza	20	no	6		**2.500,00 €**
OBS 8	Aggiornamento Primo Soccorso cat.B	Sicurezza dei lavoratori	5	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	20	no	4		**3.000,00 €**
OBS 9	Aggiornamento DAE	Sicurezza dei lavoratori	5	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	6-8	no	3		**1.500,00 €**
OBS 10	Aggiornamento antincendio Liv.3 (rischio elevato)	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	8	no	8	Affidamento di servizio presso sede IZSVe o ditta esterna con almeno 8-10 discenti Importo max	**2.000,00 €**

Cod. Esterna/ Interna PFA	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
											stimato per 8-10 discenti	
OBS 11	Strutture e procedure laboratorio BSL3	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Pozza Giandomenico	RES	Addetti al BSL3	7	no	8		**0,00 €**
OBS 12	Formazione Preposti "nuova nomina"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	res	preposti	X*	no	8	Da attivare in base al n. di richieste	**0,00 €**
OBS 13	Formazione dirigenti sicurezza "nuova nomina"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	res	Dirigenti per la sicurezza	X*	no	16	Da attivare in base al n. di richieste. Se inferiore a 6 partecipanti, ciascun dirigente effettuerà il corso in autonomia (M1)	**2.000,00 €**
OBS 14	Primo soccorso gruppo B "nuove nomine"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	3*	no	12	Affidamento di servizio presso sede IZSVe o ditta esterna con almeno 8-10 discenti Importo max stimato per 8-10 discenti	**2.000,00 €**
OBS 15	Utilizzatori DAE "nuove nomine"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	2*	no	5	Affidamento di servizio presso sede IZSVe o ditta esterna con almeno 5-6 discenti Importo max	**800,00 €**

Cod. Esterna/ Interna PFA	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
											stimato per 5-6 discenti	
OBS 16	Antincendio LIV.2 rischio medio "nuove nomine"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	2*	no	8	Affidamento di servizio presso sede IZSVe o ditta esterna con almeno 8-10 discenti Importo max stimato per 8-10 discenti	**2.500,00 €**
OBS 17	Antincendio LIV.3 rischio elevato "nuove nomine"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	3*	no	16	Affidamento di servizio presso sede IZSVe o ditta esterna con almeno 8-10 discenti Importo max stimato per 8-10 discenti	**3.000,00 €**
OBS 18	Esame idoneità tecnica Antincendio LIV.3 rischio elevato	Sicurezza dei lavoratori - ESAME presso VVF	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	9	/	/	A carico dell'esaminando (M1): tassa di iscrizione VVF + marca da bollo (circa € 75,00/persona)	**1.000,00 €**

** Le iniziative che rispondono all'interesse di una o poche persone, definite "puntiformi", dovranno essere gestite nell'ambito della struttura di appartenenza (dal singolo professionista e/o del proprio dirigente di riferimento) tramite la procedura in essere, afferendo al budget gestito da Risorse Umane.*

Tabella 2: elenco corsi riservati al personale IZSVe nelle aree di competenza relazionale, manageriale, culturale e specialistica

Cod. Esterna / Interna	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
I 1	L'analisi dei fabbisogni formativi	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	Lab. Formazione	Nadin Anna	*blended*	*Referenti Formazione IZSVe*	40	si	21		**1.000,00 €**
I 2	CCNL e processi amministrativi	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	Strategica	Romano Massimo	*res*	*DSC e/o dirigenti*	15	si	14		**3.500,00 €**
I 3	Rafforzamento delle competenze manageriali	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	Strategica	Ricci Antonia	*res*	*DSC o solo Capi Dipartimento*	15	si	21		**10.000,00 €**
I 4	La Ricerca scientifica e sorveglianza con la fauna selvatica: aspetti bioetici, gestionali e ambientali		1	Strategica	Cattoli Giovanni	*blended*	*Rricercatori IZSVe*	15	si	21		**5.000,00 €**

Cod. Esterna / Interna	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
I 5	Il "valore" delle Banche Dati: dal data entry all'output - il patrimonio informativo dell'IZSVe	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	Lab. Formazione	Manca Grazia	*blended/ FAD*	*Personale interessato ECM per le figure IZSVe (dir + comp)*	150	si	21		**3.000,00 €**
I 6	Principi di epidemiologia veterinaria	5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	1	SCS4	Mulatti Paolo	*res*	*Personale interessato della SCS4 e IZSVe*	20	si	4		**300,00 €**
I 7	Bilance: taratura e buone pratiche di utilizzo	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	*FAD*	*AQ, Personale interno interessato*	200	si	2	Da materiale editato nel 2023	**258,00 €**
I 8	Il sistema di protezione dei dati personali nell'Unione Europea	Privacy	1	Strategica	Zorzan Nadia	*FAD*	*tutto il personale*	600	no	2		**0,00 €**
I 9	Micropipette: le buone pratiche di utilizzo	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Muliari Riccardo	*FAD*	*AQ, Personale interno interessato*	200	si	2	Da realizzare il materiale didattico per erogarlo nel 2025 Solo docenti interni	**0,00 €**
I 10	Regolamento informatico: utilizzo sicuro e consapevole delle risorse informatiche in IZSVe	Informatica	1	Strategica	Lunardi Loris	*FAD*	*tutto il personale IZSVe*	500	no	2	Corso attivo dal 2020	**0,00 €**

Cod. Esterna / Interna	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
I 11	Aggiornamenti Personale Amministrativo	Contenuti da definire	1	SCA	Direttore Amministrativo	*res*	*Personale amministrativo*	25	no	6	Vari corsi i cui contenuti sono da verificare con il DA	**2.500,00 €**
I 12	Aggiornamenti Personale Amministrativo	Contenuti da definire	1	SCA	Direttore Amministrativo	*res*	*Personale amministrativo*	25	no	6	Vari corsi i cui contenuti sono da verificare con il DA	**2.500,00 €**
I 13	Aggiornamenti Personale Amministrativo	Contenuti da definire	1	SCA	Direttore Amministrativo	*res*	*Personale amministrativo*	25	no	6	Vari corsi i cui contenuti sono da verificare con il DA	**2.500,00 €**
I 14	Biosicurezza in laboratorio BSL3	27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	1	Strategica	Pozza Giandomenico	*res*	*Personale dei laboratori interessato ECM per veterinari, biologi, chimici, Tecnici lab. Biomedico, tecnici della prevenzione*	20	si	7		**258,22 €**
I 15	Il protocollo decentrato	Linee guida e protocolli	1	Strategica	Ferriani Giulia	*blended*	*Tutto il personale interessato*	30	no	7	Mezza giornata di teoria (videoconferenza) e coaching individuale per il personale addetto	

Cod. Esterna / Interna	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
I 16	Risk management: analisi e gestione dei rischi in IZSVe	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	*res*	*AQ, Personale interno interessato*	35	si	7	Prevedere docenti esterni	**258,00 €**
I 17	La nuova edizione della norma ISO 17043	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	*videoconferenza*	*AQ, Personale interno interessato*	35	si	7		**258,00 €**
I 18	Gestione delle non conformità, azioni correttive e di miglioramento	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	*videoconferenza*	*AQ, Personale interno interessato*	40	si	7	Prevedere indicatori per impatto formativo!	**258,00 €**
I 19	Il processo di gestione delle apparecchiature e l'informatizzazione delle registrazioni	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	*videoconferenza*	*AQ, Personale interno interessato*	40	si	7		**258,00 €**
I 20	Il Sistema Qualità dell'IZSVe: corso base	Sistema Qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola Perini Paola	*videoconferenza*	*neoassunti e Personale interno interessato*	50	no	4		**0,00 €**
I 21	Introduzione alla metrologia: gli strumenti di misurazione in IZSVe	Sistema Qualità	1	U.O. Qualità	Muliari Riccardo	*videoconferenza*	*neoassunti e Personale interno interessato*	50	no	2		**0,00 €**

Cod. Esterna / Interna	Titolo	Obiettivo formativo (come da ECM)	N. edizione / ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Note	Importi presunti
I 22	La parità di genere	Promuovere la consapevolezza/cultura dell'uguaglianza di genere - rafforzare attitudini positive verso la diversità	1	CUG		*videoconferenza*	*tutto il personale*	300	no	4		**600,00 €**
I 23	Aggiornamento procedure e metodi chimici	2. Linee guida - protocolli - procedure	2	SCS2	Benetti Cristiana	*res*	*personale SCS2*	25	si	4	docenti interni	**258,22 €**
I 24	Excel		1	Strategica			*Personale individuato dai DSC*				Progettualità da definire docenti interni	**0,00 €**
I 25	Elementi di Statistica		1	Strategica			*Personale individuato dai DSC*				Progettualità da definire docenti interni	**0,00 €**

3.4.1 MONITORAGGIO:

L'attività formativa erogata dal LFSP è monitorata sia annualmente che con cadenza periodica attraverso lo strumento del Riesame (Riesami periodici e Riesame annuale).

Oltre agli indicatori ricorrenti (rispetto della pianificazione; efficacia dell'evento formativo; soddisfazione del cliente) i riesami periodici consentono anche il monitoraggio delle attività necessarie al raggiungimento di specifici Obiettivi annuali di miglioramento (definiti di anno in anno in base alla Relazione Programmatica), attività inerenti il Sistema di gestione della Qualità e FMECA (*Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis*).

3.4.2 POLITICHE DI PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO E DI CONCILIAZIONE

Tra le iniziative attuate dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie nei confronti del proprio personale dipendente, atte a favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, rientra la concessione di permessi retribuiti per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio.
Il vigente CCNL relativo al personale del Comparto Sanità prevede, tra l'altro, che ai lavoratori, anche con rapporto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi, spettano specifici permessi retribuiti, nella misura massima individuale di 150 ore per ciascun anno solare e nel limite massimo del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato presso l'Ente all'inizio di ogni anno.

Tali permessi sono concessi per la partecipazione a corsi, svolti anche in modalità telematica, destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari compreso il ciclo di dottorato di ricerca, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.
Ai fini dell'applicazione ed in esecuzione di quanto disposto dal CCNL di riferimento, l'Istituto annualmente provvede alla formalizzazione del bando per la concessione dei permessi di studio con l'indicazione del termine entro cui gli interessati devono presentare la domanda. Le domande pervenute entro il termine prescritto sono successivamente valutate da un'apposita Commissione paritetica, nominata dal Direttore Generale, composta da rappresentanti designati dalle OO.SS. e da rappresentanti dell'Amministrazione.
I permessi di cui trattasi rappresentano uno strumento di sicuro interesse sia per lo studente lavoratore, il quale può così fruire di un monte ore da utilizzare ai fini del perseguimento del titolo di studio relativo al percorso formativo, o di studi, intrapreso, sia per l'Istituto, in quanto può in questo modo avvalersi di personale che intende approfondire e perfezionare le proprie competenze e professionalità che possono avere rilevanza anche nell'ambito dell'attività lavorativa assegnata.

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

Le azioni descritte nelle precedenti Sezioni verranno misurate, monitorate e valutate con gli strumenti e le modalità rappresentate in ciascuna sottosezione e relativi allegati, a cui si rinvia.

Piano anticorruzione 2024 - 2026

Istituto Zooprofilattico
Sperimentale delle Venezie

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio	Basso / trascurabile	Medio	Alto / Rilevante	Totale
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Basso / trascurabile				
B - CONTRATTI PUBBLICI	Basso / trascurabile				
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Basso / trascurabile				
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Basso / trascurabile				
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascurabile				
F - CONTROLLI	Basso / trascurabile				
G - INCARICHI E NOMINE	Basso / trascurabile				
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Basso / trascurabile				
I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA	Basso / trascurabile				
L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	Basso / trascurabile				
M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Basso / trascurabile				
N - AREE ULTERIORI	Basso / trascurabile				

TOTALE AREE		TOTALE	

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio	Processo	Valutazione Rischio
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Basso / trascura 2,17	A.01 - PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	Basso / trascura 4,27
		A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE	Basso / trascura 3,26
		A.03 - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)	Basso / trascura 1,20
		A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI	Basso / trascura 2,18
		A.05 - SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA SANITARIA	Basso / trascura 3,58
		A.06 - PROCEDURA DI RILEVAZIONE DEI CONTROLLI EFFETTUATI DALLA SCA1	Basso / trascura 1,35
		A.07 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI	Basso / trascura 1,63
		A.08 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO	Basso / trascura 1,28
		A.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE	Basso / trascura 1,58
		A.10 - GESTIONE DEL LAVORO AGILE	Basso / trascura 1,40
B - CONTRATTI PUBBLICI	Basso / trascura 3,65	B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA	Basso / trascura 3,05
		B.21 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI	Basso / trascura 3,20
		B.22 - PROGETTAZIONE	Basso / trascura 4,40
		B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Basso / trascura 3,30
		B.24 - CONTRATTI	Medio 7,34
		B.25 - MAGAZZINO E LOGISTICA	Basso / trascura 4,27
		B.26 - GESTIONE CASSA ECONOMALE DELLA SEDE CENTRALE	Basso / trascura 2,60
		B.29 - PROGRAMMAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascura 1,75
		B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI	Basso / trascura 3,20
		B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascura 3,69
		B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascura 3,75
		B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascura 3,25
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Basso / trascura 2,32	C.02 - TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO	Basso / trascura 2,28
		C.04 - PERMESSI RETRIBUITI A VARIO TITOLO CON RILASCIO DI CERTIFICAZIONE	Basso / trascura 1,35
		C.05 - GESTIONE PRIVACY	Basso / trascura 3,33

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio		Processo	Valutazione Rischio	
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Basso / trascura	2,10	D.01 - CONFERIMENTO BORSE DI STUDIO	Basso / trascura	2,10
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascura	1,78	E.10 - GESTIONE ADEMPIMENTI FISCALI, PREVIDENZIALI E TRIBUTARI	Basso / trascura	2,10
			E.11 - BILANCIO DI PREVISIONE	Basso / trascura	1,92
			E.12 - BILANCIO D'ESERCIZIO	Basso / trascura	1,92
			E.13 - CICLO ATTIVO	Basso / trascura	1,58
			E.14 - CICLO PASSIVO	Basso / trascura	1,57
			E.15 - GESTIONE PATRIMONIO	Basso / trascura	1,65
			E.16 - CONTRATTI DI LOCAZIONE (ATTIVI / PASSIVI) E CONTRATTI DI COMODATO	Basso / trascura	1,69
F - CONTROLLI	Basso / trascura	2,18	F.02 - BUDGETING	Basso / trascura	1,45
			F.04 - GESTIONE TARIFFE	Basso / trascura	2,90
G - INCARICHI E NOMINE	Basso / trascura	2,80	G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI	Basso / trascura	2,10
			G.02 - CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA PTA E DI STRUTTURA SEMPLICE	Basso / trascura	3,50
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Basso / trascura	1,79	H.01 - ASSISTENZA, RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO COMPRESO RECUPERO CREDITO VANTATO DALL`ENTE	Basso / trascura	2,16
			H.02 - GESTIONE DELLA FASE DI PRECONTENZIOSO E STRAGIUDIZIALE E GESTIONE ACCORDI TRANSATTIVI, FORMULAZIONE DI RISPOSTE A RECLAMI, ESPOSTI, DIFFIDE	Basso / trascura	1,92
			H.03 - PREDISPOSIZIONE E FORMULAZIONE DI PARERI SU RICHIESTA DELLE DIREZIONI	Basso / trascura	2,10
			H.19 - Gestione archivio	Basso / trascura	1,37
			H.20 - Gestione dei documenti nel sistema di protocollo informatico	Basso / trascura	0,90
			H.21 - Contratti di contributo alla ricerca	Basso / trascura	1,53
			H.22 - ACCORDI DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI EX ART. 15 L. 241/90	Basso / trascura	1,30
			H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"	Basso / trascura	1,85
			H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO	Basso / trascura	2,24
			H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO	Basso / trascura	1,64

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio		Processo	Valutazione Rischio	
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Basso / trascura	1,79	H.26 - GESTIONE POLIZZE ASSICURATIVE	Basso / trascura	2,63
I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA	Basso / trascura	3,01	I.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'autorità sanitaria pubblica	Basso / trascura	1,83
			I.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/ SOPRALLUOGHI: attività di supporto, consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di soggetti pubblici	Basso / trascura	4,19
L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	Basso / trascura	3,03	L.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione prestazioni di laboratorio su istanza volontaria del richiedente (operatori economici/professionisti/consumatori)	Basso / trascura	2,48
			L.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/ SOPRALLUOGHI: erogazione attività di consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di privati	Basso / trascura	3,58
M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Basso / trascura	2,00	M.01 - PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DA FONDI PUBBLICI	Basso / trascura	1,32
			M.02 - PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA FINANZIARI DA FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE	Basso / trascura	3,47
			M.04 - FORMAZIONE INDIVIDUALE SPONSORIZZATA E PARTECIPAZIONE COME RELATORE/DOCENTE AD EVENTI SPONSORIZZATI	Basso / trascura	2,47
			M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI	Basso / trascura	1,11
			M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA	Basso / trascura	1,61
N - AREE ULTERIORI	Basso / trascura	1,77	N.02 - GESTIONE ANALISI ESIGENZE FORMATIVE	Basso / trascura	1,17
			N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE	Basso / trascura	1,08
			N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI	Basso / trascura	3,07

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	**A.01 - PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**04 - Analisi del fabbisogno del personale e Programmazione triennale e annuale dell'organico dell'ente (dalla raccolta delle esigenze alla definizione dell'organico).**		
Fase	PROGRAMMAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,27		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Attività: - verifica dei limiti di spesa definiti dalla normativa vigente e delle disponibilità di bilancio; - individuazione della consistenza numerica del personale tenuto conto dei limiti di spesa, delle disponibilità di bilancio e della dotazione organica; - analisi delle assunzioni e cessazioni intervenute nel corso dell'anno precedente; - esame e valutazione delle proposte pervenute dai DSC della direzione strategica; - predisposizione e approvazione del Piano triennale dei fabbisogni e del Piano annuale assunzioni		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle informazioni mancata programmazione mancata definizione di ruoli/responsabilità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1413 - definizione di una fabbisogno di personale non rispondente a criteri di efficenza/ efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1342 - Aggiornamento dei documenti di programmazione di acquisizione del personale (piano assunzioni, dotazione organica e posti vacanti)	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Redazione del Piano Assunzioni dell'anno di riferimento e del Piano Triennale dei Fabbisogni, tenendo conto delle diverse fasi di verifica evidenziate nell'ambito del processo (S/N **2024**:Si)

Processo	**A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Definizione del profilo candidato/i e approvazione bando di concorso/selezione - input: fabbisogno; output: approvazione e pubblicazione bando di concorso/selezione.**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,75		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Il Responsabile della Struttura Complessa deve predisporre il profilo del candidato/risorsa da selezionare mediante concorso/selezione prevedendo competenze e requisiti in linea con la normativa e con i regolamenti aziendali		
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio di potere o decisionale eccesso di procedure mancata informatizzazione eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1414 - Alterazione di procedure di scelta e gestione scorretta degli istituti previsti al fine di favorire un candidato	**Misura di controllo** 1343 - Verifica della progettazione dei profili e dei requisiti contenuti nella richiesta di concorso/selezione, in fase istruttoria prima di procedere all'iter autorizzativo che porterà all'approvazione del bando	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura Complessa SCA1 e Dirigente Responsabile Struttura Semplice Gestione programmazione, acquisizione risorse umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Piano misura: A seguito della richiesta di concorso/selezione da parte del Dirigente con la descrizione del profilo professionale richiesto, viene effettuata l'istruttoria contenente la verifica **Indicatori di monitoraggio della misura:** Effettuazione del check di tutti gli elementi descritti nella misura, in relazione alle richieste pervenute di selezione/concorso, mediante la compilazione di apposito modulo di istruttoria. (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Verifica sussistenza requisiti di ammissibilità ed espletamento prove concorsuali: attività- costituzione della commissione**		
Fase	SELEZIONE CANDIDATI		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,02		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	attività: costituzione della commissione; verifica sussistenza dei requisiti di ammissibilità candidati prima dell'espletamento delle prove concorsuali		
Storico cause degli eventi rischiosi	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento mancanza di risorse mancata informatizzazione conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1415 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	**Misura di controllo** 1344 - Coinvolgimento di almeno due collaboratori della Struttura Risorse Umane nella verifica della sussistenza dei requisiti di ammissibilità dei candidati al concorso e formalizzazione degli ammessi con provvedimento	**Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di verifica dei requisiti prima della formalizzazione del provvedimento di ammissione ad opera di due collaboratori. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1345 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE COMPONENTI COMMISSIONE	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile Struttura SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Acquisizione della dichiarazione sul conflitto di interesse da parte di ciascun componente di commissione Termine 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse acquisite rispetto al totale dei componenti commissioni. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE**

Processo	**A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**03 - valutazione dei candidati: valutazione delle prove**		
Fase	VALUTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,75		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Valutazione delle prove ed attribuzione punteggi ai candidati secondo i criteri determinati dalla Commissione		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1416 - distorsione di procedure di selezione/concorso e gestione scorretta degli istituti normativi e contrattuali di acquisizione del personale al fine di favorire determinati candidati	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1346 - STANDARDIZZAZIONE DEL PROCESSO: predeterminazione dei criteri di valutazione da parte della commissione prima dello svolgimento delle prove dandone atto nei verbali	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento. La Commissione deve predeterminare i criteri di valutazione prima dello svolgimento delle prove dandone atto nei verbali della prima riunione. Acquisizione le dichiarazioni delle dichiarazioni sul conflitto di interesse prima della valutazione. 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di verbali della prima riunione della commissione con predeterminazione dei criteri con evidenza dell'acquisizione delle dichiarazioni di conflitto di intertesse. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**04 - Approvazione degli atti della Commissione e approvazione della graduatoria**		
Fase	VERIFICA E STIPULA CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,50		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	attività approvazione degli atti della Commissione; approvazione con DDG della graduatoria finale e pubblicazione graduatoria ed effettuazione successivi adempimenti in tema di trasparenza		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza mancata informatizzazione conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1417 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1347 - Trasparenza - ottemperanza agli adempimenti di trasparenza previsti dal d.lgs. 33/2013 - Approvazione graduatorie con delibera e successivi adempimenti in tema di trasparenza	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Formalizzazione con provvedimento degli atti della commissione e delle graduatorie e pubblicazione a garanzia di trasparenza e imparzialità **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale pubblicazioni graduatorie e prove rispetto ai concorsi svolti nell'anno. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	A.03 - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**09 - autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale previa richiesta del dipendente.**		
Fase	MONITORAGGIO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,20		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale previa acquisizione della richiesta contenente la dichiarazione sul conflitto di interessi. input: richiesta di autorizzazione; output: rilascio/diniego autorizzazione allo svolgimento dell incarico extraistituzionale. Attività: - richiesta del dipendente interessato allo svolgimento dell'incarico; - acquisizione del nulla osta da parte del dirigente sovraordinato; -valutazione della compatibilità dell'incarico; - rilascio dell'autorizzazione; - adempimenti in materia di anagrafe delle prestazioni (PERLAPA).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza mancata programmazione mancata informatizzazione conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	A.03 - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1459 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1395 - Pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente di tutti gli incarichi comunicati	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Attuazione adempimento previsto dalla normativa nella sezione amministrazione trasparente 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di incarichi comunicati pubblicati sul totale degli incarichi autorizzati. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo 1396 - Verifica degli incarichi extraistituzionali soggetti a comunicazione - verifica annuale della pubblicazione nell'anagrafe delle prestazioni dei dipendenti pubblici degli incarichi autorizzati soggetti a tale adempimento.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuali di comunicazioni e pubblicazioni nell'anagrafe delle prestazioni degli incarichi autorizzati soggetti a tale adempimento. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di informatizzazione dei processi 1397 - gestione delle richieste tramite utilizzo di sistema informatizzato (intranet) per la fase autorizzativa contenente il modulo informatizzato di dichiarazione assenza conflitti di interessi	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento garantire una gestione snella e trasparente delle autorizzazioni mediante utilizzo di procedura informatizzata (intranet) 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuali di autorizzazioni rilasciate mediante procedura informatizzata. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**06 - Definizione dell`ammontare provvisorio dei fondi contrattuali dell`anno di riferimento**		
Fase	PROGRAMMAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,80		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Definizione dell`ammontare provvisorio dei fondi contrattuali dell`anno di riferimento in base a normativa e contratti collettivi in modo da determinare le risorse a disposizione per le applicazioni contrattuali e per la contrattazione integrativa		
Storico cause degli eventi rischiosi	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento monopolio delle competenze monopolio delle conoscenze regole poco chiare regole contrastanti/contradditorie		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1456 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/ sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1392 - Esplicitazione dei criteri di costituzione dei fondi nei documenti di formalizzazione dell`ammontare dei fondi La correttezza dei riferimenti normativi utilizzati per la costituzione dei fondi e citati nei relativi provvedimenti viene verificata dall'Ufficio legale dell'Istituto. Partecipazione di più soggetti al processo di costituzione dei fondi: operatori e dirigente del servizio SGRU, con il supporto della direzione amministrativa. Il provvedimento viene inviato al Collegio dei Revisori per la certificazione dei fondi.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Redazione delibera costituzione dei fondi con criteri e riferimenti normativi (S/N **2024**:Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**08 - Stipula di accordi con le organizzazioni sindacali in merito all`utilizzo delle risorse destinate alla contrattazione integrativa**		
Fase	GESTIONE DEL RAPPORTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,14		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	A seguito della firma di una preintesa di contrattazione integrativa, la stessa viene inviata ai Revisori per il controllo di legittimità. La procedura di contrattazione prevede la redazione da parte del Servizio Gestione Risorse Umane delle apposite relazioni previste dalla normativa finalizzate a fornire all'organo di controllo gli elementi tecnici di valutazione. A seguito della certificazione positiva dei Revisori è possibile procedere alla formalizzazione dell'accordo sindacale.		
Storico cause degli eventi rischiosi	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1458 - non corretta applicazione in sede di contrattazione integrativa di norme contrattuali e/o legislative al fine di agevolare determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1394 - In sede di trattativa sindacale, a seguito di sigla della preintesa, redazione di documenti tecnici a supporto della presentazione della preintesa ai revisori dei conti per il controllo di legittimità, propedeutico alla formalizzazione dell'accordo.	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Fornire gli elementi tecnici utili per la valutazione di legittimità da parte dell'organo di revisione. Evitare che venga data applicazione ad istituti contrattuali oggetto di contrattazione prima del controllo del Collegio dei Revisori per evitare erogazioni illecite e/o non coerenti con il dettato normativo/contrattuale nazionale e aziendale. controllo da parte dell'organo preposto prima della formalizzazione di accordi di contrattazione integrativa e della relativa applicazione. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Redazione delle relazioni (tecnico illustrativa e finanziaria) con riferimento alle preintese relative agli accordi sindacali nel semestre di riferimento (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	**A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**07 - Monitoraggio della spesa sui fondi contrattuali mediante verifiche periodiche in corso d'anno e in occasione del bilancio consuntivo**		
Fase	MONITORAGGIO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,60		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Nel corso dell'anno viene effettuato il monitoraggio della spesa sui fondi contrattuali ed il monitoraggio conclusivo avviene, mediante formalizzazione di una nota di rendicontazione della spesa, in occasione del bilancio consuntivo annuale con il controllo da parte del Servizio Economico Finanziario per gli aspetti di competenza.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza regole poco chiare regole contrastanti/contradditorie		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1457 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/ sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1393 - elaborazione e redazione di un documento di rendicontazione della spesa sui fondi e relativi residui al 31.12 dell'anno precedente, in occasione del bilancio consuntivo.	**Responsabile della misura:** Direttore Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Controllo e trasparenza nella gestione dei fondi evitare il rischio di erogazioni fuori dal controllo di spesa Piano: formalizzazione di documento di rendicontazione della spesa sui fondi in occasione del bilancio consuntivo annuale. Implementazione della misura prevedendo il controllo finale da parte del Servizio Economico Finanziario per gli aspetti di competenza. Termine: di norma prima della liquidazione delle poste retributive legate ai fondi contrattuali **Indicatori di monitoraggio della misura:** Redazione documento di rendicontazione in occasione del bilancio consuntivo, riportante i dati relativi alla spesa ed ai residui dei fondi al 31.12 dell'anno precedente (S/N **2024**:Si) **Indicatori di monitoraggio della misura:** duplice valutazione del documento in collaborazione con il SEF ai fini dell'allineamento con dati di bilancio (S/N **2024**:Si)

Processo	**A.05 - SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA SANITARIA**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Costituzione della Commissione giudicatrice**		
Fase	VALUTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,58		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Nomina della commissione di valutazione incaricata ad effettuare la valutazione dei candidati. A seguito del sorteggio la struttura provvede all'accertamento dei requisiti nei confronti dei componenti la commissione giudicatrice e verifica le cause di incompatibilità o di altre situazioni che potrebbero compromettere l'imparzialità		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	A.05 - SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA SANITARIA

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1424 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1357 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Verificare la assenza di conflitto di interessi mediante la acquisizione di apposita dichiarazione da parte di ciascun componente della commissione 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale delle dichiarazione di conflitto di interesse acquisite rispetto al totale componenti commissioni. Target 100% (Perc. **2024** :100,00%)

Processo	A.06 - PROCEDURA DI RILEVAZIONE DEI CONTROLLI EFFETTUATI DALLA SCA1

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**21 - gestione dei controlli sulle variazioni relative al rapporto di lavoro del personale: inquadramento giuridico, trattamento economico e fiscale, trasferte e altri aspetti legati alla presenza in servizio.**		
Fase	MONITORAGGIO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,35		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Nell'ambito delle variazioni che intervengono nel rapporto giuridico/economico dei dipendenti si procede a porre in essere una serie di controlli finalizzati a garantire la piena corrispondenza tra le variazioni intervenute e le relative applicazioni. A seguito delle risultanze dei controlli si procede a rettifica in caso di non conformità.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle competenze regole facilmente interpretabili		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1461 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari o di altre variazioni non corrette del rapporto giuridico dei dipendenti	**Misura di controllo** 1399 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti, documenti - Creazione di una griglia, validata nell`ambito del sistema qualità (SGRU ELE 004), con l`elenco dei controlli preventivi e successivi alle elaborazioni stipendiali effettuati dal Servizio con cadenza mensile.	**Responsabile della misura:** Direttore SCA1 - Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** La tabella, allegata al monitoraggio, rileva la corretta registrazione da parte di SIGMA dei dati relativi a: inquadramento giuridico, trattamento economico e fiscale, trasferte e altri aspetti legati alla presenza in servizio. Partecipazione di più soggetti al processo di controllo: controllo dei dati da parte dell'operatore del servizio competente, raccolta dell'esito dei controlli effettuati e del loro esito da parte di un soggetto diverso afferente all'ufficio economico. Ulteriore verifica successiva da parte del Controllo di gestione che rileva eventuali anomalie tra i tabulati stipendiali elaborati in outsourcing ed i dati originati dalla contabilità Per alcune tipologie di comunicazioni stipendiali prevedere controlli preventivi a campione **Indicatori di monitoraggio della misura:** Numero monitoraggi effettuati =12 (Num2. **2024**:12,00) **Indicatori di monitoraggio della misura:** verifIca successiva da parte del UO Controllo di Gestione con eventuale segnalazione di eventuali anomalie. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	**A.07 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**24 - Valutazione di prima istanza**		
Fase	VALUTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,63		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Valutazione di prima istanza: redazione della scheda di valutazione annuale da parte del dirigente responsabile (Direttore di dipartimento o DSC o direttore di Area) secondo criteri e procedure definite		
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio di potere o decisionale eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1462 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di formazione** 1400 - Formazione del personale incaricato della valutazione per aggiornamento in merito ai nuovi criteri previsti dal regolamento di valutazione di cui è prevista l'approvazione nel corso dell'anno 2024.	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Aggiornare i valutatori sui criteri da utilizzare per la valutazione mediante un incontro di formazione 31.12 l'indicatore di monitoraggio consiste nello svolgimento di un corso di formazione annuale in occasione del processo di valutazione **Indicatori di monitoraggio della misura:** effettuazione di un evento formativo per i valutatori (Num2. **2024**:1,00)

Processo	**A.08 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**25 - Valutazione di prima istanza**		
Fase	VALUTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,28		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Valutazione di prima istanza: il dirigente responsabile (DSC) redige la scheda di valutazione annuale. La scheda viene poi controfirmata per presa visione dal personale valutato quale momento di confronto su performance e valutazione.		
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio di potere o decisionale eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1467 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di formazione** 1406 - Formazione del personale incaricato della valutazione per aggiornamento in merito ai nuovi criteri previsti dal regolamento di valutazione di cui è prevista l'approvazione nel corso dell'anno 2024.	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Fornire ai soggetti valutatori gli strumenti necessari per effettuare la valutazione in modo appropriato e nel rispetto delle indicazioni normative e contrattuali vigenti il piano consiste in un incontro formativo 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** effettuazione di un corso di formazione per i valutatori nel corso dell'anno (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo	**A.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**35 - Regolarizzazione rilevazione attraverso presentazione di giustificativo**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,58		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Il controllo delle presenze avviene tempestivamente a livello di struttura da parte dei referenti individuati in coordinamento con i monitoraggi effettuati dal Servizio Gestione Risorse Umane In caso di rilevazione di anomalia nel giustificativo trasmesso il dipendente viene invitato a regolarizzare la stessa previa verifica e autorizzazione del direttore di Struttura		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1463 - Ritardo o omissione nella rilevazione delle presenze al fine di alterare la presenza in servizio	**Misura di controllo** 1401 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - controlli sistematici sulle richieste di tutto il personale anche con il supporto dei referenti individuati nell'ambito della struttura di appartenenza	**Responsabile della misura:** Direttore SCA1 - Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Ridurre la probabilità di alterazione della presenza in servizio mediante effettuazione di controlli tempestivi a livello di struttura utilizzando l'apposito gestionale in coordinamento con i monitoraggi della Struttura Risorse Umane Piano: misura di mantenimento Termine: 31 - dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** Almeno Numero 2 monitoraggi complessivi sulle anomalie presenze per garantire la correttezza delle rilevazioni (Num2. **2024**:2,00)

Processo	**A.10 - GESTIONE DEL LAVORO AGILE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**54 - Monitoraggio lavoro agile**		
Fase	GESTIONE DEL RAPPORTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,40		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	procedura di accesso al lavoro agile, svolgimento dello stesso secondo quanto previsto dal regolamento vigente e dall'accordo individuale		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1454 - mancati o incompleti controlli al fine di riconoscere benefici e vantaggi impropri ai dipendenti	**Misura di controllo** 1390 - Intensificazione dei controlli - Verifiche a campione sul corretto utilizzo di istituti contrattuali	**Responsabile della misura:** Direttore di Struttura SCA1 **Obiettivo, piano e termine misura:** Effettuazione dei controlli sul rispetto della procedura autorizzativa al lavoro agile e dei relativi requisiti in sede di attivazione/rinnovo Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale dei controlli effettuati nel corso dell'anno => 75% del totale del personale in smart working (Perc. **2024**:75,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	**B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**18 - Analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione delle Centrali**		
Fase	VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,58		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione delle Centrali di committenza e, in ipotesi di compatibilità con i fabbisogni dell'ente, formalizzazione dell'adesione - provvedimento di adesione		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancata programmazione eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1468 - mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione alla convenzione, allo scopo di rendere necessarie acquisizioni di urgenza autonome e frazionare articifiosamente il bisogno	**Misura di controllo** 1407 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: verifiche trimestrali contratti in scadenza	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Intensificazione dei controlli: Verifica trimestrale contratti in scadenza IZSVe attraverso l'utilizzo del nuovo scadenzario contratti/rotazione fornitori e gare in programmazione CRAV; **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. verbali trimestrali della struttura predisposti relativi ai controlli effettuati (Num2. **2024**:4,00)
	Misura di regolamentazione 1408 - Approvazione programmazione annuale nei termini di legge	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Approvazione programmazione annuale - Approvazione DDG nel rispetto dei termini previsti dalla legge **Indicatori di monitoraggio della misura:** Approvazione DDG di programmazione entro i termini di legge S/N (S/N **2024**:Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**19 - Varianti in corso di esecuzione**		
Fase	ESECUZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,58		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Varianti in corso di esecuzione ex art. 106 D.Lgs. 50/2016 - Verbali DEC e RUP - Provvedimento amministrativo		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza monopolio delle competenze eccessiva discrezionalità		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1469 - approvazione modifiche contrattuali non corrispondenti a reali fabbisogni o che modificano sostanzialmente i prodotti/servizi aggiudicati dalle centrali di committenza	**Misura di sensibilizzazione e partecipazione** 1409 - FORMAZIONE SPECIALISTICA SU TEMATICHE DI COMPETENZA DELLA STRUTTURA	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Formazione e sensibilizzazione del personale incaricato quale Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) Formazione specifica su obblighi rischi e responsabilità **Indicatori di monitoraggio della misura:** Invio contestualmente alla nomina di DEC del vademecum predisposto al personale incaricato (S/N **2024**:Si)
	Misura di trasparenza 1410 - Rafforzamento set dati oggetto di pubblicazione ai sensi art. 29 d.lgs. 50/2016 s.m.i. - fase esecuzione contratto: Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione dei provvedimenti di adozione delle varianti. Target: 100% dei provvedimenti adottati (S/N **2024**:Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**20 - Verifica di conformità**		
Fase	RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,00		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Processo finalizzato all'obiettivo principale di fornire evidenza del rispetto della corretta gestione amministrativo-contabile di rendicontazione delle spese relative al contratto. Verifica di conformità da parte del DEC - liquidazione fatture - emissione mandati di pagamento.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1470 - mancata o insufficiente verifica regolare esecuzione	**Misura di controllo** 1411 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: controlli sulle dichiarazioni di verifica di conformità del DEC	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Intensificazione dei controlli - controlli sulle dichiarazioni di verifica di conformità del DEC - controllo a campione - almeno una verifica /anno **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. verifiche >=1 (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	**B.21 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**17 - Analisi fabbisogno finalizzato alle procedure di acquisto**		
Fase	PROGRAMMAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,20		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Analisi del fabbisogno delle strutture finalizzato alle procedure di acquisto. - Adozione del Programma biennale degli acquisti di importo superiore a € 40.000 e degli eventuali aggiornamenti annuali; - pubblicazione atti di programmazione secondo quanto previsto dall'art. 21, comma 7, d.lgs. 50/2016		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza mancata programmazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1479 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati		**Indicatori:**
	Misura di trasparenza 1427 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12: pubblicazione atti di programmazione	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Trasparenza dell'attività amministrativa, pubblicazione annuale degli atti di programmazione. DDG di programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi con relativi allegati e approvazione stanziamento budget beni inventariabili. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione della DDG di programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi con relativi allegati. (S/N **2024**:Si)

Processo	**B.22 - PROGETTAZIONE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**21 - Elaborazione degli atti di gara e indizione gara**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,40		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Elaborazione degli atti di gara e indizione gara - valutazione tecnico economica della richiesta - redazione atti (scelta della procedura, dei requisiti di accesso, del criterio di valutazione delle offerte e redazione del disciplinare, capitolato speciale, eventuale verifica del rispetto dei requisiti previsti in ipotesi di attivazione della procedura negoziata ex art. 63 D.Lgs. 50/2016)		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza monopolio delle competenze eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo **B.22 - PROGETTAZIONE**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1471 - Induzione ad indicare bisogni e/o requisiti minimi e/o criteri di valutazione alterati per favorire operatori specifici	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1412 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del progettista	**Responsabile della misura:** Responsabile della SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento. In questa fase assume particolare rilevanza la gestione del conflitto di interessi da parte del progettista da attuarsi tramite l'acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse, sensibilizzando inoltre l'incaricato sul tema. Somministrazione del questionario di autovalutazione in **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica delle dichiarazioni assenza conflitti interesse nella banca dati aziendale "Gestione conflitti interesse". Target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** acquisizione delle dichiarazioni conflitto di interesse compilate dal Progettista. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1470 - PROCEDURE PNRR - PNC ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE	**Responsabile della misura:** Responsabile della SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Le procedure PNRR - PNC prevedono la gestione del conflitto di interessi da parte del progettista, del referente dell'Istruttoria, del RUP in fase di progettazione da attuarsi tramite l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse. La struttura procederà come previsto dalla normativa in tema di PNRR sensibilizzando inoltre l'incaricato sul tema attraverso la somministrazione del questionario di autovalutazione in tema di conflitto di interessi a supporto della compilazione delle dichiarazioni. **Indicatori di monitoraggio della misura:** acquisizione delle dichiarazioni conflitto di interesse compilate dal Progettista, dal RUP e dal referente dell'istruttoria per gare PNRR (Perc. **2024**:100,00%)
1472 - elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	**Misura di rotazione** 1471 - Rotazione degli operatori economici affidatari di forniture e servizi	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Rotazione ai sensi del codice degli appalti D.Lgs 36/2023 - creazione e utilizzo di nuovo scadenzario per la verifica degli operatori economici da inviare alle procedure. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica in fase di avvio della procedura nello scadenzario contratti / rotazione del precedente affidatario del medesimo settore di fornitura/CPV (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	**B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**40 - Indizione e ammissione alla gara**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,80		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	Responsabile	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Indizione e Ammissione alla gara: attività: - adozione del Provvedimento di indizione/determina a contrarre - pubblicazione Indagine di mercato per la selezione degli Operatori Economici da invitare - invio lettera di invito o pubblicazione bando di gara - ammissione alla gara - eventuale soccorso istruttorio.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1473 - Ammissione concorrenti non in possesso dei requisiti richiesti	**Misura di controllo** 1413 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Utilizzo delle check list predisposte dal Servizio al fine di ottenere un controllo puntuale e efficace per il 100% delle procedure di acquisto sopra i 5.000 euro. (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo 1414 - intensificazione dei controlli procedure di gara	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Intensificare i controlli evitando il monopolio delle procedure. Controlli a campione reciproci sulla documentazione di gara. Almeno 1 procedura a campione (per collaboratore) verificata da altro referente dell'istruttoria. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Almeno 1 controllo a campione per ogni addetto alle procedure di gara (6 referenti di gare= n. 6 controlli) (Num2. **2024**:6,00)
	Misura di trasparenza 1415 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 - Pubblicazione determina a contrarre	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Trasparenza dell'attività amministrativa pubblicazione determina a contrarre in ottemperanza agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.Lgs n. 33/2021 e L. 190/12. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazioni 100% delle determine a contrarre nella sezione trasparenza del sito IZSVe (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**41 - Valutazione tecnica e apertura offerte economiche**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,61		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	Responsabile	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	valutazione tecnica e apertura offerte economiche: Valutazione offerte - nomina commissione aggiudicatrice o esperto tecnico - valutazione tecnico-qualitativa delle offerte - apertura offerte economiche.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1474 - alterazione della valutazione qualitativa da parte della commissione giudicatrice/ esperto tecnico per favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1416 - Rafforzamento set dati oggetto di pubblicazione ai sensi art. 29 d.lgs. 50/2016 s.m.i. - fase selezione del contraente: tempestiva pubblicazione della composizione della commissione giudicatrice e dei curricula dei suoi componenti, in conformità a quanto previsto dall'art 29 d.lgs. 50/2016	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione curricula dei componenti della commissione aggiudicatrice. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1417 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti la commissione giudicatrice	**Responsabile della misura:** Dirigente SCA2 **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti la commissione giudicatrice sottoponendo agli stessi il documento esplicativo per l'autovalutazione. Verifica delle dichiarazioni dei componenti interni delle commissioni attraverso la banca dati aziendale “Gestione conflitti di interesse” **Indicatori di monitoraggio della misura:** acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse accompagnate dal documento esplicativo per l'autovalutazione, sul totale componenti commissioni nominati. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica delle dichiarazioni dei componenti interni delle commissioni attraverso la banca dati aziendale "Gestione conflitti interesse" (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**42 - Redazione graduatoria e verifica requisiti**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,50		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Redazione graduatoria e verifica requisiti: Aggiudicazione: redazione graduatoria di aggiudicazione - eventuale anomalia delle offerte - provvedimento di aggiudicazione - verifica requisiti art. 80		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1475 - Mancata o incompleta verifica dei requisiti ex art. 80	**Misura di controllo** 1418 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE - intensificazione controlli sulle verifiche art. 80	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Intensificazione dei controlli sulle verifiche art. 80 - rilascio attestazione efficacia aggiudicazione definitiva - attestazioni presenti sulle procedure ad evidenza pubblica indette da parte del personale che ha effettuato il controllo: 100% **Indicatori di monitoraggio della misura:** rilascio attestazione efficacia aggiudicazione definitiva presenti sulle procedure ad evidenza pubblica indette: 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1419 - Pubblicazione provvedimento di aggiudicazione	**Responsabile della misura:** Responsabile della SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di trasparenza - Pubblicazione del provvedimento di aggiudicazione **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione dei provvedimenti di aggiudicazione. Target: 100% dei provvedimenti di aggiudicazione adottati (S/N **2024**:Si)

Processo	B.24 - CONTRATTI		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**48 - Stipula, esecuzione e rendicontazione**		
Fase	ESECUZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Medio 7,34		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato alla verifica che le prestazioni dedotte nel contratto vengano correttamente eseguite successivamente alla stipula del contratto - esecuzione delle prestazioni dell'appaltatore - rendicontazione attività/ fatturazione - verifica da parte del DEC di regolare esecuzione delle prestazioni.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo **B.24 - CONTRATTI**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1476 - carenza o inadeguatezza attività di controllo sulla regolare esecuzione delle prestazioni dell'appaltatore al fine di perseguire interessi diversi da quelli della stazione appaltante	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1420 - Acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitto di interesse del Direttore dell'Esecuzione del Contratto.	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitto di interesse del Direttore dell'Esecuzione del Contratto. Sensibilizzazione del DEC incaricato in tema di conflitti di interesse. Somministrazione del questionario di autovalutazione in tema di conflitti di interesse a supporto della compilazione delle dichiarazioni. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Acquisizione del 100% delle dichiarazioni conflitto di interesse del DEC (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo 1421 - intensificazione controlli a campione su attività del DEC contratti servizi sopra soglia	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** intensificazione dei controlli - controlli a campione su attività DEC contratti di servizi - n. controlli a campione =>1 **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. controlli a campione =>1 (Num2. **2024**:1,00)
	Misura di trasparenza 1422 - Pubblicazione dei provvedimenti relativi alla fase di esecuzione	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di trasparenza - Pubblicazione dei provvedimenti relativi alla fase di esecuzione **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione dei provvedimenti relativi alla fase esecutiva. Target 100% (S/N **2024**:Si)
	Misura di trasparenza 1472 - Trasparenza delle procedure PNRR - PNC	**Responsabile della misura:** Responsabile della SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe nella misura del 100% delle procedure PNRR - PNC (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	**B.25 - MAGAZZINO E LOGISTICA**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**50 - Gestione Parco Auto**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,27		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	Responsabile	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Gestione e controllo del Parco Auto utilizzato per esigenze di servizio attraverso strumenti di analisi e reportistica per il monitoraggio del suo corretto utilizzo.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1478 - utilizzo fraudolento della Fuel Card finalizzato a procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1424 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: controlli semestrali a campione sull'utilizzo delle fuel card	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Intensificazione dei controlli - controlli semestrali a campione del 10% sull'utilizzo delle fuel card assegnate alle autovetture e controlli 100% su quelle assegnate ai furgoni. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale 10% controlli a campione semestrale su utilizzo fuel card assegnate alle autovetture del parco macchine (Perc. **2024**: 10,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale 100% controlli a campione semestrale su utilizzo fuel card assegnate ai furgoni (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**B.26 - GESTIONE CASSA ECONOMALE DELLA SEDE CENTRALE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**43 - Gestione dei movimenti di cassa economale**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,60		
Struttura	SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA	Responsabile	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato alla gestione della cassa economale attraverso: - l'acquisto beni per contanti, - l'anticipo somme per pagamenti da effettuarsi in contanti al personale dipendente e non dipendente per le missioni nei limiti previsti dalle norme e le modalità regolamentari interne, attraverso la quantificazione da parte dalla SCA1 - Risorse Umane delle somme da erogare - riscossione proventi per esami a pagamento effettuati dal laboratorio accettazione e relazioni con l'utenza della sede centrale (attività sostituita nella quasi totalità dei pagamenti dal Pago PA a partire dal 1 marzo 2021). - Rendicontazione contabile periodica mensile con reintegro del fondo cassa finalizzato alla corretta gestione della rendicontazione periodica mensile di cassa attraverso la rilevazione cronologica delle operazioni e la compilazione del registro di cassa uscite della sede e l'emissione del mandato per il reintegro delle spese economali e anticipo missione come risultante dal registro di cassa con verifiche periodiche da parte del Collegio dei Revisori.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle competenze		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.26 - GESTIONE CASSA ECONOMALE DELLA SEDE CENTRALE	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1418 - utilizzo di giustificativi fasli/ fittizi per ottenere rimborsi spese per cassa non dovuti e quindi indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1348 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: controlli a campione su documentazione attestante il movimento/pagamento delle minute spese economali	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA2 - Acquisti e Logistica **Obiettivo, piano e termine misura:** Controlli a campione reciproci sulla documentazione attestante il movimento/ pagamento delle minute spese economali ammissibili nei limiti previste dalla norme regolamentari interne **Indicatori di monitoraggio della misura:** Controllo a campione mensile di un movimento/acquisto tramite cassa verificato da altro operatore competente in materia (Num2. **2024**:6,00)

Processo	B.29 - PROGRAMMAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Analisi del fabbisogno finalizzato alle procedure di acquisto di lavori, servizi e forniture**		
Fase	PROGRAMMAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,75		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	il processo è finalizzato alla rilevazione e gestione dei fabbisogni necessari per le attività dell'Istituto, attraverso la redazione della programmazione delle opere da realizzare e delle forniture di beni e servizi da acquisire. Attività: 1) analisi dei fabbisogni finalizzati alla formulazione della proposta alla Direzione dell'Ente, della programmazione triennale dei lavori e dell'elenco annuale dei lavori; 2) individuazione delle forniture e dei servizi da acquisire nel corso del biennio; 3) invio dell'elenco delle forniture e dei servizi da acquisire nel corso del biennio al Servizio dell'Istituto cui compete la redazione del piano biennale degli acquisti dell'Ente; 4) redazione della delibera di approvazione del programma triennale dei lavori e del relativo piano annuale; 5) pubblicazione annuale del Piano triennale dei lavori; 6) eventuale rivalutazione della programmazione in base a fabbisogni emergenti; 7) individuazione all'inizio dell'anno delle procedure previste dalla normativa vigente per l'acquisizione di lavori, servizi e forniture elencati nei documenti programmatori e da acquisire nel corso dell'anno.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata programmazione		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.29 - PROGRAMMAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1376 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	**Misura di controllo** 1295 - Intensificazione dei controlli - verifica periodica degli scostamenti tra le procedure di gara previste e programmate nei primi mesi dell'anno e le procedure effettivamente avviate nel corso dell'anno	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** obiettivo: analizzare gli scostamenti rispetto alla programmazione. termine misura : 31/12/2024 **Indicatori di monitoraggio della misura:** analisi, mediante relazione motivata, degli scostamenti tra procedure inserite negli atti di programmazione e le procedure avviate. Target: n. 2 (Num2. **2024**:1,00)
	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1296 - utilizzo di una cartella condivisa per il monitoraggio delle scadenze contrattuali	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** monitoraggio con aggiornamento di uno scadenziario che avvisi dell'approssimarsi della scadenza di un contratto per l'avvio della nuova gara senza dover ricorrere a proroghe/rinnovi immotivati (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1297 - Misura di trasparenza - pubblicazione annuale del programma triennale dei lavori e dell'elenco annuale dei lavori.	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: rispetto delle disposizioni contenute nella normativa e misura finalizzata a rendere più fruibili le informazioni misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** pubblicazione del programma triennale dei lavori e dell'elenco annuale dei lavori sul sito dell'Istituto (Num2. **2024**:1,00)

Processo	B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Elaborazione degli atti di gara e indizione della gara**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,20		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato alla redazione degli atti di gara. Attività: 1) individuazione e nomina del RUP e del progettista; 2) attività istruttoria tra RUP e progettista per la definizione degli elaborati di progetto; 3) verifica della documentazione tecnica e amministrativa (quale capitolato speciale amministrativo, schema di contratto) redatta da progettista; 4) validazione della documentazione progettuale da porre a base di gara.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1377 - nomina del progettista in rapporto di contiguità con imprese o privo di requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1298 - acquisizione della dichiarazione assenza conflitti di interesse del progettista	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Sottoscrizione da parte del progettista di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse e di incompatibilità acquisite con riferimento alla procedura di gara. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1476 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	**Responsabile della misura:** DSCST - Responsabile Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Le procedure PNRR - PNC prevedono la gestione del conflitto di interessi da parte del progettista, del referente dell'Istruttoria, del RUP in fase di progettazione da attuarsi tramite l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse. La struttura procederà come previsto dalla normativa in tema di PNRR. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Acquisizione del 100% delle dichiarazioni conflitto di interesse del Progettista per procedure PNRR - PNC (Perc. **2024**: 100,00%)
1378 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1299 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse del RUP	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse e di incompatibilità del RUP acquisite con riferimento a ciascuna gara. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1477 - ACQUISIZIONE DICHIAZIONI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	**Responsabile della misura:** SCST - Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Le procedure PNRR - PNC prevedono la gestione del conflitto di interessi da parte del progettista, del referente dell'Istruttoria, del RUP in fase di progettazione da attuarsi tramite l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse. La struttura procederà come previsto dalla normativa in tema di PNRR. **Indicatori di monitoraggio della misura:** dichiarazioni conflitto di interesse compilate dal RUP e dal referente dell'istruttoria per gare PNRR (Perc. **2024**:100,00%)
1379 - mancata alternanza nel ruolo di progettista	**Misura di rotazione** 1300 - Rotazione nella nomina del progettista	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** obiettivo: assicurare l'alternanza dei soggetti che redigono la documentazione di gara **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale rotazione progettisti su totale dei progettisti incaricati. Target 80% (Perc. **2024**:80,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1380 - abuso o violazione della normativa sulla determinazione della stima del valore dell'appalto, sull' individuazione della procedura di affidamento e/o del criterio di scelta dell'aggiudicatario o di attribuzione del punteggio, al fine di favorire determinati operatori economici;	**Misura di controllo** 1301 - Duplice valutazione e condivisione dei documenti progettuali da parte di più soggetti con ruoli differenti	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo : Duplice valutazione e condivisione dei documenti progettuali, al fine della loro validazione, da parte di più soggetti con ruoli differenti per garantire un maggior controllo sulla documentazione redatta, riducendo il rischio di abuso di discrezionalità nelle scelte operate; **Indicatori di monitoraggio della misura:** percenutale di documentazione condivisa per ogni progetto da validare (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Indizione della gara**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,58		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo ha per finalità la scelta del migliore offerente cui aggiudicare l'appalto. Attività: 1) adempimenti propedeutici per l'avvio della procedura di gara (richiesta CIG, CUP , definizione termine scadenza offerta, scadenza richiesta chiarimenti apertura procedura di gara in piattaforma telematica) 2) individuazione degli operatori economici da invitare (se trattasi di procedure su invito e non aperte); 3) pubblicazione del bando di gara e dei relativi documenti nel sito dell'Istituto; 4) pubblicità del bando nei documenti ufficiali previsti dalla normativa (GUUE, GURI quotidiani ect..) se richiesto dalla normativa vigente; 5) fissazione dei termini di scadenza offerta e chiarimenti.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza monopolio di potere o decisionale monopolio delle informazioni eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1381 - mancanza di trasparenza nelle informazioni afferenti la procedura di gara al fine di favorire determinati operatori economici	**Misura di trasparenza** 1302 - pubblicazione nel sito committente dell'Istituto di tutta la documentazione di gara	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: pubblicazione nel sito committente dell'Istituto di tutta la documentazione di gara e di tutti i dati necessari/ulteriori onde consentire a tutti gli operatori di evincere le stesse informazioni per la partecipazione alla procedura **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale pubblicazioni documentazione di gara su totale procedure di gara avviate. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1382 - mancata applicazione dei principi di concorrenzialità e rotazione, in assenza di giustificate motivazioni	**Misura di rotazione** 1480 - Rotazione degli operatori economici affidatari di lavori e servizi	**Responsabile della misura:** Responsabile SCST - Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Rotazione ai sensi del codice degli appalti D.Lgs 36/2023 - creazione e utilizzo di nuovo scadenzario per la verifica degli operatori economici da inviare alle procedure. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica in fase di avvio della procedura nello scadenzario contratti / rotazione del precedente affidatario del medesimo settore di fornitura/CPV (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	**B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Ammissione partecipanti**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,75		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo ha per finalità la scelta del migliore offerente cui aggiudicare l'appalto. Attività: 1) ricezione delle offerte; 2) esclusione operatore economico per inoltro dell'offerta oltre il termine di scadenza; 3) valutazione della documentazione amministrativa; 4) verifica di fattibilità soccorso istruttorio; 5) ricezione integrazioni; 6) ammissione ed esclusione offerenti; 7) stesura di verbale di ammissione/esclusione.		
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle competenze eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1383 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara	**Misura di regolamentazione** 1304 - Attuazione linee guida interne di carattere metodologico - fissazione dei termini per la ricezione delle offerte tenendo conto della complessità dell'appalto	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo : fissazione dei termini per la ricezione delle offerte tenendo conto della complessità dell'appalto , in applicazione della normativa del codice dei contratti pubblici e tenuto conto di particolari condizioni richieste nel bando di gara (ad esempio sopralluogo obbligatorio) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di gare con termini inferiori a quanto previsto dalla normativa vigente e dalle linee guida interne/n. gare espletate. Target 10% (Perc. **2024**:10,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**03 - Gestione delle operazioni di valutazione delle offerte**		
Fase	SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,75		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo ha per finalità la scelta del migliore offerente cui aggiudicare l'appalto. Attività: 1) nomina della commissione giudicatrice successivamente la scadenza della data di presentazione delle offerte (solo in caso di OEPV); 2) valutazione tecnica dell'offerta a cura della commissione giudicatrice; 3) valutazione economica dell'offerta a cura del RUP; 4) stesura dei verbali delle operazioni di gara compiute; 5) redazione della graduatoria ; 6) verifica anomalie dell'offerta nei casi previsti dalla normativa.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1384 - nomina di componenti della commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1305 - VERIFICA DEL POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSI NELLA BANCA DATI "CONFLITTO DI INTERESSI"	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** per ciascun componente di commissione interno verificare nella banca dati Arxivar "conflitto di interesse" l'assenza di un potenziale conflitto di interesse con uno degli OE partecipanti alla gara. Il monitoraggio va effettuato per ogni componente di commissione interno individuato, e prima della sua nomina. **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale verifiche su banca dati Arxivar per ciascun componente interno su totale componenti interni. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1306 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti interesse per ciascun componente commissione giudicatrice	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire l'imparzialità della procedura di gara Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale dichiarazioni di assenza conflitti di interesse acquisite dai componenti della commissione giudicatrice su totale commissioni nominate. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1307 - Trasparenza . pubblicazione curricula dei componenti commissione giudicatrice in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale curricula pubblicati su totale componenti commissione nominati. Target. 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto**		
Fase	VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,75		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato all'aggiudicazione e alla stipula dell'appalto all'operatore economico migliore offerente in possesso dei requisiti previsti dal legislatore. Attività: 1) controllo sul possesso dei requisiti ai fini dell'aggiudicazione definitiva ed efficace dell'appalto; 2) aggiudicazione dell'appalto; 3) stipula del contratto.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo **B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1385 - alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	**Misura di controllo** 1308 - check list sui controlli effettuati sul possesso dei requisiti prescritti per legge dell'operatore economico aggiudicatario	**Responsabile della misura:** direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: per ogni soggetto aggiudicatario controllare, anche a campione, il possesso dei requisiti richiesti dalla normativa vigente nel rispetto della linea guida indicata dal direttore della struttura, avvalendosi della banca dati messa a disposizione di ANAC per appalti affidati di importo superiore a € 40.000. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** (S/N **2024**:Si)
1386 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari	**Misura di trasparenza** 1309 - Misura di trasparenza - pubblicazione nel profilo committente del provvedimento di affidamento / aggiudicazione dell'appalto	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: rendere più fruibili le informazioni anche in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 190/12 e D.Lgs. 33/2013 Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale pubblicazioni nel profilo committente dei provvedimenti di aggiudicazione su totale provvedimenti adottati. Target: 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1479 - Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe.	**Responsabile della misura:** Responsabile SCST - Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe nella misura del 100% delle procedure PNRR - PNC **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe nella misura del 100% delle procedure PNRR - PNC (Perc. **2024**:100,00%)
1387 - immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva o nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	**Misura di trasparenza** 1310 - Misura di trasparenza: rafforzamento delle informazioni contenute nel provvedimento con indicazione delle motivazioni del ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva o nella stipula del contratto dandone comunicazione immediata all'interessato	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire il rispetto dei termini procedurali e rendere più fruibile le informazioni **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di provvedimento contenenti adeguata motivazione del ritardo su totale delle procedure concluse oltre i termini (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	**B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Esecuzione del contratto**		
Fase	ESECUZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,50		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	**Responsabile**	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo ha per finalità la regolare esecuzione del contratto d'appalto stipulato con l'aggiudicatario. Attività: 1) nomina commissione di collaudo; 2) verifiche di regolare esecuzione del contratto; 3) valutazione applicazione penali; 4) verifica stati di avanzamento; 5) ammissione modifiche del contratto; 6) autorizzazione al subappalto.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza eccessiva discrezionalità conflitto di interessi scarsa responsabilizzazione interna		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1388 - nomina del collaudatore in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo di idonei e adeguati requisiti volti ad assicurare la terzietà e indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1311 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del collaudatore/componenti commissione di collaudo	**Responsabile della misura:** Direttore del Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire l'imparzialità della procedura tramite acquisizione, prima del conferimento dell'incarico di collaudatore/nomina commissione di collaudo, della dichiarazione di assenza del conflitto di interesse con l'appaltatore e la direzione lavori Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** dichiarazione di assenza conflitto di interesse per ciascun collaudatore da nominare/componente commissione collaudo su totale collaudatori/commissioni di collaudo nominate (Perc. **2024**: 100,00%)
	Misura di trasparenza 1312 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** pubblicazione del provvedimento di nomina e curriculum nel profilo committente per ogni soggetto nominato (Perc. **2024**: 100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **B - CONTRATTI PUBBLICI**

Processo	B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1389 - mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali e/o la risoluzione del contratto e/o determinare un ingiustificato pagamento anticipato e/o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	**Misura di controllo** 1313 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - acquisizione dal DEC delle note/ relazioni periodiche su svolgimento del contratto	**Responsabile della misura:** Direttore del Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Misure di mantenimento controlli da parte del RUP e dei referenti tecnici del Servizio sul rilascio da parte del DEC di note/relazioni periodiche sullo svolgimento del contratto **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale relazioni stato di avanzamento attività predisposte dal DEC e acquisite dalla struttura. Target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)
	Misura di trasparenza 1314 - Misura di trasparenza. pubblicazione dati e documenti relativi alla fase di esecuzione del contratto previsti dalla normativa vigente	**Responsabile della misura:** Direttore Servizio Tecnico **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: pubblicare e rendere accessibile la documentazione inerente la fase di esecuzione del contratto (varianti, proroghe, rinnovi, CRE, atti di nomina del Direttore dei lavori e della commissione di collaudo) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di atti-documenti pubblicati/n. contratti in fase di esecuzione (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Rendicontazione del contratto**		
Fase	RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,00		
Struttura	SCST - SERVIZIO TECNICO	Responsabile	Affolati Stefano
Descrizione processo e relative fasi	Il processo ha per finalità il controllo della corretta rendicontazione del contratto d'appalto stipulato con l'aggiudicatario. Attività: 1) verifica dati e contenuto della prefattura; 2) verifica dei requisiti contributivi ai fini del pagamento; 3) verifica del rispetto degli obblighi di tracciabilità; 4) autorizzazione alla liquidazione fattura.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1390 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi al fine di procurare indebiti vantaggi	**Misura di trasparenza** 1315 - Pubblicazione Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	**Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di provvedimenti di rendicontazione pubblicati /appalti conclusi (Perc. **2024**:80,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Processo	**C.02 - TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO**
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - gestione progetti formativi**
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,28
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE — **Responsabile** Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	ricezione richieste di progetto formativo; supporto amministrativo nella gestione della documentazione connessa al tirocinio; predisposizione e raccolta documentazione nei tempi previsti.
Storico cause degli eventi rischiosi	regole poco chiare

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1455 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	**Misura di regolamentazione** 1391 - Attuazione della procedura prevista per l'attivazione del Tirocinio e condivisione dei documenti con i Direttori di Struttura	**Responsabile della misura:** dirigente Responsabile SS Acquisizione e Programmazione risorse - SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Effettuazione dei controlli sul rispetto della procedura autorizzativa per l'attivazione dei Tirocini e dei relativi requisiti richiesti. **Indicatori di monitoraggio della misura:** monitoraggio sulle richieste di attivazione nel rispetto dei requisiti richiesti dalla procedura autorizzativa (S/N **2024**:Si)

Processo	**C.04 - PERMESSI RETRIBUITI A VARIO TITOLO CON RILASCIO DI CERTIFICAZIONE**
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**13 - Gestione assenze per permessi - presentazione istanza Permessi Retribuiti da parte del lavoratore, con approvazione del dirigente responsabile.**
Fase	GESTIONE DEL RAPPORTO
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,35
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE — **Responsabile** Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Presentazione istanza Permessi Retribuiti da parte del lavoratore, con approvazione del dirigente responsabile. Es. congedi per malattia, congedi per materinatà/paternità, congedi parentali, congedi per assistenza a familiari disabili, congedi per adozioni internazionali, congedi per motivi di famiglia, congedi per motivi di studio e di formazione. Il processo prende avvio con l'istanza del lavoratore, tramite "angolo del dipendente" e si conclude con il diniego o l'approvazione previa verifica da parte della struttura SCA1
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata informatizzazione

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1460 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	**Misura di informatizzazione dei processi** 1398 - Informatizzazione del processo istruttorio e/o utilizzo di un gestionale e della mail per la gestione ed il controllo dell'attività	**Responsabile della misura:** Direttore SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Informatizzazione dei controlli tramite software angolo del dipendente e mail aziendali. Processo informatizzato scadenza misura 31.12.2024 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale di utilizzo procedura informatizzata del processo istruttorio. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Processo	**C.05 - GESTIONE PRIVACY**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - assistenza al Titolare nei rapporti con il Garante e nei rapporti con altri soggetti Pubblici/Privati interni ed esterni per gli adempimenti e nell'applicazione degli adempimenti previsti dal GDPR e Raccordo tra Titolare e DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati)**		
Fase	ISTRUTTORIA		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,47		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Verifica della documentazione e della casistica in materia di Privacy mediante il supporto del DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati)		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento regole poco chiare mancanza di competenze		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1375 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	**Misura di controllo** 1294 - duplice valutazione struttura - DPO sulle casistiche in materia di privacy	**Responsabile della misura:** Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo della misura è di assicurare adeguato supporto al Garante effettuando controlli sulle diverse casistiche in materia di privacy mediante supervisione del DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati). 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di condivisione e valutazione delle casistiche con il DPO. Target 100% (Perc.)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**03 - Predisposizione e acquisizione della modulistica relativa alla privacy per il tipo di attività istituzionale svolta rilevante dal punto di vista della privacy**		
Fase	ISTRUTTORIA		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,19		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	La modulistica in uso in materia di privacy viene fatta controllare al Responsabile del trattamento dei dati in caso di variazioni o della necessità di nuova modulistica		
Storico cause degli eventi rischiosi	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento regole contrastanti/contradditorie mancanza di competenze		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Processo **C.05 - GESTIONE PRIVACY**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1412 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	**Misura di controllo** 1341 - sottoposizione della modulistica in materia di privacy al DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati) nel caso di variazioni o di nuovi documenti	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** duplice valutazione da parte del DPO - funzionario dei nuovi documenti e variazioni misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle variazioni della modulistica intervenute nel corso dell'anno sottoposte al responsabile del trattamento dei dati (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — **D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

Processo	**D.01 - CONFERIMENTO BORSE DI STUDIO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**90 - Valutazione e aggiornamento elenco idonei.**		
Fase	SELEZIONE CANDIDATI		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,10		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	**Responsabile**	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Nomina della commissione, verifica dei profili di incompatibilità/conflitto di interesse dei membri per aggiornamento elenco esistente / attivazione procedura selettiva per aggiornamento elenco idonei.		
Storico cause degli eventi rischiosi	conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1464 - Costituzione irregolare della commissione per l`individuazione degli idonei per le borse di studio, finalizzata a favorire candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1402 - Acquisizione della modulistica relativa al conflitto di interesse e all'incompatibilità a seguito della nomina della Commissione nel rispetto dei criteri previsti dal Regolamento vigente	**Responsabile della misura:** Direttore della Struttura SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento garantire che i componenti della commissione non siano in conflitto di interesse rispetto al personale oggetto di valutazione, in corrispondenza di ogni nomina di commissione acquisizione sistematica della modulistica sul conflitto di interesse **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale delle dichiarazione di conflitto di interesse acquisite rispetto al totale dei componenti commissioni. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.10 - GESTIONE ADEMPIMENTI FISCALI, PREVIDENZIALI E TRIBUTARI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**105 - predisposizione dichiarazioni fiscali nel rispetto della normativa fiscale**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,10		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	insieme delle operazioni finalizzate alla corretta predisposizione dei dati per la stesura delle dichiarazioni fiscali ed alla corretta applicazione delle norme in materia di IVA, IRES e IRAP.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di procedure		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1402 - Non corretta applicazione della normativa fiscale al fine di ridurre l'imponibilità e non corretta applicazione delle imposte finalizzata all'evasione fiscale	**Misura di controllo** 1330 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: verbalizzazione da parte del collegio dei revisori della corretta presentazione delle dichiarazioni	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finaniziario **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento verbalizzazione da parte del collegio dei revisori della corretta presentazione delle dichiarazioni **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verbalizzazione da parte del Collegio dei Revisori della presentazione delle dichiarazioni fiscali obbligatorie per legge all'agenzia delle entrate. (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**E.11 - BILANCIO DI PREVISIONE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**106 - Predisposizione bilancio di previsione attraverso la rilevazione dei costi e dei ricavi previsionali nel rispetto della normativa di bilancio**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,92		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	il processo è regolato dal titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, enti locali e loro organismi, dal codice civile, e dalla normativa regionale. Il processo è rappresentato dall'insieme delle operazioni contabili di rilevazione dei costi e dei ricavi previsionali finalizzate alla redazione del bilancio di previsione dell'IZSVe e alla corretta rilevazione del risultato atteso d'esercizio.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1403 - non corretta rappresentazione della programmazione economica delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1331 - Verifiche sulla gestione contabile–patrimoniale delle risorse.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica di N°2 proposte presentate dai responsabili di budget con quanto appostato nel bilancio preventivo coerentemente con le risorse disponibili e nel rispetto delle disposizioni contabili siglate da due collaboratori. (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.12 - BILANCIO D'ESERCIZIO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**107 - Predisposizione bilancio d'esercizio**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,92		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Predisposizione bilancio d'esercizio attraverso la rilevazione dei costi, ricavi, debiti e crediti, movimentazioni patrimoniali di competenza dell'esercizio il processo è regolato dal titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, enti locali e loro organismi, dal codice civile e dalla normativa regionale. Il processo è rappresentato dall'insieme delle operazioni contabili finalizzate alla redazione del Bilancio di esercizio dell'IZSVe e alla corretta rilevazione di costi, ricavi, debiti e crediti, movimentazioni patrimoniali di competenza dell'esercizio per la rilevazione del risultato d'esercizio e del patrimonio dell'Ente.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1404 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1332 - Verifiche sulla gestione contabile–patrimoniale delle risorse.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica di almeno 2 tipologie di dati (es. rimanenze di magazzino) trasmessi dai responsabili di budget e quanto contabilizzato nel bilancio coerentemente con le disposizioni contabili siglate da due collaboratori. (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.13 - CICLO ATTIVO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**108 - Fatture a clienti**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,20		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Emissione della fattura al cliente. Il processo è costituito dall'insieme delle operazioni contabili che interessano le fatture dei clienti dal momento dell'emissione del documento sino all'incasso del corrispettivo. Il personale dell'U.O, addetto alla fatturazione, segue una delle seguenti operazioni: a) Fatturazione manuale delle analisi concluse e refertate dopo aver importato dal software gestionale sanitario i dati economici relativi alle prestazioni erogate. b) Fatturazione manuale: tutte le operazioni di fatturazione che non sono oggetto di importazione dei dati dal software gestionale sanitario ed elaborazione automatica delle fatture. c) Fatturazione manuale: tutte le operazioni di fatturazione che non sono oggetto di importazione dei dati dal software gestionale sanitario e vengono richieste dai laboratori. Le fatture emesse sono inviate ai clienti tramite il sistema SDI e vengono registrate nella contabilità. Quando il cliente provvede al pagamento, il tesoriere emette provvisorio di entrata che viene coperto con l'evasione d'ordinativo di incasso. Personale dell'U.O. impegnato: 3 unità personale ufficio fatturazione, n. 1 persona addetta all'ncasso, n. 20 unità personale delle accettazioni della sede e delle sezioni e il Dirgente del Servizio Responsabilità: responsabile del procedimento di fatturazione: 1) Personale Sistemi Informativi addetto alla gestione dei dati sanitari. 2) Personale ufficio fatturazione, della Contabilità generale- clienti e delle accettazioni per le operazioni di emissione delle fatture, controllo documenti, contabilizzazione ed incasso dei corrispettivi, Dirigente della struttura (firma delle fatture e dell'ordinativo di incasso).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di procedure		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1405 - Omissione totale/parziale della fatturazione al fine di favorire un cliente	**Misura di controllo** 1333 - sistema di controlli interni: controllo di regolarità contabile . intensificazione controlli su fatture emesse	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finanziario **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento. controllo su fatture emesse nell'anno di competenza **Indicatori di monitoraggio della misura:** Controllo nei semestri a campione sulle fatture emesse e su tutte le note di credito (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.13 - CICLO ATTIVO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**109 - Gestione del credito**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,95		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Errato stralcio di crediti per i quali non è stata correttamente seguita la procedura di recupero. Il processo è costituito dall'insieme delle operazioni contabili che interessano le fatture a clienti dal momento dell'emissione sino all'incasso del corrispettivo. Il processo si compone di tutte le operazioni contabili ed amministrative finalizzate ad ottenere il pagamento delle prestazioni fatturate a terzi. Le attività principali del processo riguardano la segnalazione delle anagrafiche in rosso nelle ipotesi di insolvenza, la gestione dei solleciti di pagamento secondo scadenziario cronologico prestabilito, nonchè le attività a supporto delle pratiche legali per il recupero dei crediti. Personale dell'U.O. impegnato: 2 unità personale ufficio clienti addetti al recupero crediti e Dirigente della struttura; Responsabilità: 1) Personale amministrativo dell'ufficio clienti per le operazioni di sollecito, verifica dei pagamenti e sblocco dei clienti insolventi che hanno saldato le fatture (completezza dell'istruttoria). 2) Dirigente della struttura (supervisione delle operazioni) per la verifica dei piani di rientro.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento monopolio di potere o decisionale mancanza di risorse		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1406 - errato stralcio dei crediti per il quali non è stata correttamente seguita la procedura di recupero	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1334 - attuazione del Regolamento interno - invio sollecito per importi >= € 100 e azione legale per importi >= a € 500	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finanziario **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Clienti sollecitati con fatture non saldate >= 100 euro. (Perc. **2024**:80,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** Posizioni clienti insolventi per fatture non saldate da oltre 120 gg >=500 euro inviate al legale. (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo MG025 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - controllo Collegio dei revisori	**Responsabile della misura:** Direttore SCA3 **Obiettivo, piano e termine misura:** trasmissione al Collegio dei Revisori dell'elenco dei crediti stralciati nell'esercizio perchè inesigibili (vedi Regolamento interno) **Indicatori di monitoraggio della misura:** Crediti stralciati nell'esercizio trasmessi al vaglio del Collegio dei Revisori come previsto all'art. 12 del "Regolamento per il recupero dei crediti" approvato con DDG 689 del 27/12/2018. (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.14 - CICLO PASSIVO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**110 - Fatture da fornitori. Registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture ai fornitori**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,10		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è costituito dall'insieme delle operazioni contabili che interessano le fatture da fornitori dal momento in cui arrivano in Istituto sino al pagamento. La fattura ricevuta dall'IZSVe viene inviata alla struttura responsabile del budget di approvvigionamento per le verifiche di competenza che poi la ristrasmette all'U.O. Contabilità generale - Fornitori per il pagamento. Le fasi vengono di seguito riportate: a) Accettazione: la fattura viene accettata (in caso di irregolarità viene rifiutata). b) Acquisto di beni: verifica che la fattura corrisponda esattamente all'ordine ed alla bolla e una volta quadrata viene certificata, registrata e inserita in un elenco di liquidazione da inviare al responsabile del centro di approvvigionamento c) Acquisto di servizi: la fattura viene registrata ed inserita in squadratura in un elenco di liquidazione da inviare al responsabile del centro di approvvigionamento d) Registrazione: la fattura viene registrata nella contabilità - rilevazione costo e debito verso il fornitore. d) Pagamento: emissione ordinativo trasmesso al tesoriere che provvede al pagamento al fornitore. Personale dell'U.O. impegnato: 5 unità del personale U.O. Contabilità generale - Fornitori, Dirigenti dei centri di approvvigionamento, Dirigente del Servizio Responsabilità: 1) Responsabile del centro di approvvigionamento per la liquidazione. 2) Personale U.O. Contabilità generale - Fornitori per le operazioni di registrazione e pagamento (completezza dell'istruttoria). 3) Dirigente della struttura (firma dell'ordinativo di pagamento)		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento mancanza di risorse		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1407 - mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento	**Misura di controllo** 1336 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Controllo che indicatore di tempestività dei pagamenti sia < 0 nei primi 3 trimestri dell'anno. (Perc. **2024**:70,00%)
1408 - artificioso frazionamento delle somme da pagare ai fornitori allo scopo di evitare il controllo equitalia	**Misura di controllo** 1337 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Numero verifiche Equitalia effettuate nei primi 3 trimestri/Numero ordinativi per importi superiori al limite previsto dalla normativa nei primi 3 trimestri (Perc. **2024**:90,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.14 - CICLO PASSIVO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**111 - Pagamento stipendi. Registrazione, liquidazione e pagamento degli stipendi**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,50		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è costituito dall'insieme delle operazioni contabili che interessano l'invio dei flussi per il pagamento degli stipendi elaborati dalla società di outsourcing GPI. I flussi vengono inviati al Servizio Economico Finanziari ed al Servizio Risorse Umane. Dopo il controllo effettuato da quest'ultimo Servizio si procede con l'invio dei flussi al Tesoriere. a) Ricevimento da GPI degli elaborati degli stipendi e dei flussi dei bonifici. b) Registrazione contabili delle scritture relative agli stipendi di costi e di ricavi, di debiti e crediti. c) Invio dei flussi dei bonifici al Tesoriere. Personale del Servizio impegnato: 1 unità del personale e 1 Indennità di funzione dell'U.O. Gestione bilancio, fiscale e budget economico, Dirigente di struttura. Responsabilità: 1) Personale U.O. Gestione bilancio, fiscale e budget economico per le operazioni di registrazione e pagamento (completezza dell'istruttoria). 3) Dirigente di struttura (firma dell'ordinativo di pagamento)		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1409 - errore nell'identificazione del dipendente al quale effettuare il controllo di equitalia da parte della GPI (outsourcing)	**Misura di trasparenza** 1338 - Adozione di misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari - Controllo degli importi degli stipendi che superano il limite per i controlli Equitalia	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Controllo mensile sugli stipendi che superano il limite presentati da GPI per i controlli Equitalia da parte dell'operatore/stipendi mensili pagati (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.14 - CICLO PASSIVO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**112 - Gestione servizi economali della sede e rendicontazione mensile**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,10		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	il processo di gestione dei servizi economali è regolato con regolamento interno approvato con DDG n. 558/2016 in corso di modifica. Il servizio cassa economale e' svolto sotto la responsabilità del dirigente preposto alla struttura cui la stessa cassa è stata assegnata. L'istituzione delle casse economali è oggetto di specifico provvedimento autorizzativo del Direttore Generale così come l'eventuale variazione dei fondi assegnati. La cassa economale della sede centrale è istituita presso il Servizio Acquisti e Logistica. Il fondo della cassa è utilizzato per effettuare i pagamenti delle spese indicate nel regolamento e nei limiti ivi indicati. Il personale incaricato della gestione contabile della cassa rileva le operazioni cronologicamente al momento della loro esecuzione, riportando ogni movimentazione nella prima nota dei movimenti di cassa. Il responsabile della cassa economale trasmette all'U.O. Contabilità generale - Fornitori, mensilmente il rendiconto delle spese sostenute nel mese precedente. L'U.O. Contabilità generale - Fornitori verifica la regolarità contabile dei rendiconti mensili ricevuti. Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità del personale dell'U.O. Contabilità generale - Fornitori e il Dirigente di struttura. Responsabilità: 1) Responsabile della struttura assegnataria del fondo economale per l'utilizzo del fondo. 2) Personale dell'U.O. Contabilità generale - Fornitori per le operazioni di controllo, predisposizione della lettera al Tesoriere di reintegro delle spese (completezza dell'istruttoria), Dirigente della struttura (firma lettera ordinativo di pagamento).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di competenze mancanza di risorse mancanza di valori etici mancata informatizzazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1410 - irregolare utilizzo del fondo o alterazione dei documenti di spesa	**Misura di controllo** 1339 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: casse economali	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico finanziario **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura finalizzata a intensificare i controlli sulla rendicontazione delle casse con cadenza mensile. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Rendiconti mensili controllati e verificati da parte di due operatori (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.15 - GESTIONE PATRIMONIO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**113 - Beni mobili di proprietà. Utilizzo beni mobili di proprietà, assegnati alle strutture/custodia e tutela dei beni assegnati**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,65		
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	**Responsabile**	Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è costituito dall'insieme delle operazioni contabili finalizzate alla corretta assegnazione ed allocazione dei beni inventariati assegnati alle strutture. Il processo si compone della attività finalizzate alla verifica della corretta assegnazione dei beni mobili acquistati, della loro custodia e tutela da parte del personale delle strutture assegnatarie. Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità personale amministrativo della struttura addetto alla gestione dell'inventario e il Dirigente della struttura; Responsabilità: Dirigente della struttura assegnataria dei beni inventariali per la corretta assegnazione e custodia; personale amministrativo dell'U.O. per le operazioni di gestione dell'inventario e di controllo dei beni assegnati, Dirigente del Servizio (supervisione delle operazioni).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di procedure mancanza di risorse		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1411 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1340 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture	**Responsabile della misura:** Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità personale amministrativo della struttura addetto alla gestione dell'inventario e il Dirigente della struttura; Responsabilità: Dirigente della struttura assegnataria dei beni inventariali per la corretta assegnazione e custodia; personale amministrativo dell'U.O. per le operazioni di gestione dell'inventario e di controllo dei beni assegnati, Dirigente del Servizio (supervisione delle operazioni). **Obiettivo, piano e termine misura:** Verifica della consistenza corretta del patrimonio aziendale **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 2 strutture controllate a campione (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo	**E.16 - CONTRATTI DI LOCAZIONE (ATTIVI / PASSIVI) E CONTRATTI DI COMODATO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**51 - Predisposizione/verifica ed approvazione schema di contratto di locazione/comodato immobili ad uso non abitativo e contratti di comodato beni mobili**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,28		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato alla cessione di spazi presenti presso le sedi dell'IZSVe non funzionali all'espletamento delle attività istituzionali dell'ente e/o all'acquisizione di spazi funzionali all'espletamento delle attività istituzionali (in coordinamento con il Servizio Tecnico) nonchè alla cessione/acquisizione di contratti di comodato di beni mobili - Richiesta stipula contratto di locazione attiva/passiva e/o contratto di comodato di beni mobili (INPUT); - Redazione dello schema contrattuale in accordo tra le parti; - Predisposizione proposta di delibera di approvazione dello schema di contratto di locazione/comodato; - Adozione del provvedimento di approvazione dello schema di contratti di locazione/comodato (OUTPUT).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio di potere o decisionale monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1427 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	**Misura di controllo** 1360 - duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto e verifica degli atti da parte dell'UO Legale	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto e verifica degli atti da parte dell'UO Legale **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale degli atti a valutazione congiunta dirigente -funzionario sul totale degli atti. target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale degli atti sottoposti al controllo dell'UO Legale. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**52 - Stipula e gestione contratto di locazione /comodato immobile ad uso non abitativo e contratto di comodato beni mobili**		
Fase	ESECUZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,10		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Sottoscrizione del contratto e registrazione; - Aggiornamento annuale canone di locazione in base al tasso di inflazione emanato dall'Istat; - Gestione riscossione / pagamento canoni di locazione; - Gestione eventuali revisioni del contratto di comodato/locazione; - Gestione eventuali proroghe/rinnovi del contratto di comodato/locazione; - Gestione di eventuali controversie.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Processo E.16 - CONTRATTI DI LOCAZIONE (ATTIVI / PASSIVI) E CONTRATTI DI COMODATO

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1428 - Liquidare/incasso di somme non dovute o non corrette	**Misura di controllo** 1361 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti. Attuazione di controlli che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari (verifica preventiva della documentazione: contratto, ordine, bolle, fatture) ai fini della liquidazione delle somme dovute con duplice controllo se punto ordinante e liquidatore coincidono.	**Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale doppia verifica delle fatture con contratti e ordini di liquidazione . Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **F - CONTROLLI**

Processo	**F.02 - BUDGETING**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**107 - raccolta obiettivi di budget gestionale dalle strutture proponenti**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,50		
Struttura	COGE - CONTROLLO DI GESTIONE	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancata informatizzazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1515 - Omessi o incompleti controlli per procurare indebiti vantaggi/agevolare determinati soggetti		**Indicatori:**
1516 - accordi collusivi volti a predisporre obiettivi automaticamente raggiungibili e procurare indebiti vantaggi		**Indicatori:**
1517 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/ sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.	**Misura di informatizzazione dei processi** 1460 - INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO ISTRUTTURIO E/O UTILIZZO DI UN GESTIONALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Controllo di Gestione **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento Informatizzazione del processo istruttorio - utilizzo del software di gestione della performance come unico raccoglitore degli obiettivi e strumento per il successivo monitoraggio e rendicontazione **Indicatori di monitoraggio della misura:** utilizzo del sistema di gestione della performance come unico raccoglitore degli obiettivi. target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**235 - raccolta ed attestazione finale del raggiungimento degli obiettivi di budget gestionale**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,65		
Struttura	COGE - CONTROLLO DI GESTIONE	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **F - CONTROLLI**

Processo	F.02 - BUDGETING

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1518 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi finalizzati proc0urare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** MG015 - verifica finale sulla completezza delle informazioni in valutazione caricate, comprensiva di richiesta di eventuale documentazione a supporto e calcolo automatico del risultato raggiunto dalle singole strutture	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Controllo di gestione **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento obiettivo misura: controllo finale circa il raggiungimento degli obiettivi e trasmissione delle risultanze all'OIV per il tramite della SCA1 **Indicatori di monitoraggio della misura:** verifica completezza informazioni caricate. target 100% (Perc. **2024** :100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**236 - verifiche quadrimestrali sulla completezza delle informazioni in monitoraggio caricate e gestione eventuali rinegoziazione**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,20		
Struttura	COGE - CONTROLLO DI GESTIONE	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Responsabile UO controllo di gestione		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1519 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo stato avanzamento obiettivi	**Misura di controllo** MG015 - verifiche quadrimestrali sulla completezza delle informazioni in monitoraggio caricate e gestione eventuali rinegoziazione	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Controllo di Gestione **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** verifiche con cadenza quadrimestrale complettezza dati inseriti. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	F.04 - GESTIONE TARIFFE

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**109 - Calcolo dei costi di produzione di prestazioni analitiche finalizzato alla sostenibilità economica**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,20		
Struttura	COGE - CONTROLLO DI GESTIONE	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	descrizione attivita°: - acquisizione della richiesta da parte del responsabile della struttura -acquisizione dei consumi tecnici e verifica correttezza dei dati; - costificazione e proposta di tariffa da sottoporre ad approvazione del Direttore di Dipartimento		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle conoscenze regole poco chiare eccessiva discrezionalità		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **F - CONTROLLI**

Processo	F.04 - GESTIONE TARIFFE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1419 - Omissione dei controlli di merito	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** MG039 - calcolo dei costi di produzione per nuove tariffe o per tariffe da revisionare sulla base dei consumi tecnici indicati dalla struttura richiedente e verifica correttezza dati	**Responsabile della misura:** Responsabile UO controllo di gestione **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimenot **Indicatori di monitoraggio della misura:** verifica a campione corrispondenza dei dati tra le tariffe approvate e quelle presenti in IZILAB. (Num2. **2024**:10,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**110 - Predisposizione del Tariffario delle prestazioni dell'IZSVe per la pubblicazione**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,60		
Struttura	COGE - CONTROLLO DI GESTIONE	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Le proposte di modifica/integrazione/eliminazione delle tariffe, aturoizzate dal Capo dipartimento/direzione strategica vengono elencate in un foglio excell, e oggetto di approvazione con DDG. L'aggiornamento del tariffario viene pubblicato nel sito istituzionale		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1420 - mancata/ritardata pubblicazione al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1350 - misura di trasparenza per rendere maggiormente fruibili le informazioni - pubblicazione tariffario sul sito web istituzionale	**Responsabile della misura:** responsabile UO Controllo di Gestione **Obiettivo, piano e termine misura:** misura finalizzata a rendere edotti gli utenti circa le tariffe e le modifiche apportate alle stesse **Indicatori di monitoraggio della misura:** pubblicazione del tariffario e delle modifiche apportate allo stesso. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO G - INCARICHI E NOMINE

Processo	**G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**109 - Predisposizione e pubblicazione dell`avviso per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, per attività di studio, consulenza, ricerca**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,00		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Predisposizione e pubblicazione dell`avviso e degli atti e documenti connessi al conferimento di incarichi di lavoro autonomo, per attività di studio, consulenza, ricerca. Attività: -verifica della sussistenza dei presupposti di legittimità all'attivazione della procedura comparativa; -definizione dei profili dei candidati per attivare la procedura; - predisposizione dell'avviso e dei documenti connessi; -pubblicazione avviso di selezione I DSC possono richiedere incarichi di lavoro autonomo per la realizzazione di specifici progetti. La richiesta viene analizzata per verificarne la corrispondenza con i requisiti previsti dall'art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001 ed in particolare per la verifica dell'assenza di risorse interne prima di procedere con l'avviso di selezione finalizzato all'individuazione della professionalità richiesta. A seguito di avviso di selezione viene individuata la professionalità a cui conferire l'incarico.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di valori etici eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1465 - Mancata sussistenza dei presupposti generali di legittimità dell'attivazione della procedura e predisposizione di avvisi di selezione con requisiti non in linea con la specifica normativa	**Misura di controllo** 1403 - Verifica della richieste di conferimento di incarico con riferimento ai requisiti previsti dalla normativa specifica e dal regolamento interno vigente, mediante check di tali elementi nel modulo di richiesta appositamente predisposto	**Responsabile della misura:** Direttore SCA1 - e Dirigente Struttura semplice Acquisizione Risorse **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Garantire procedure di reclutamento di personale esterno nel rispetto dei presupposti normativi e dello specifico regolamento Termine: 31 - dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verifica requisiti previsti da normativa e Regolamento interno per il conferimento di incarichi esterni, mediante check di tali elementi nel modulo di richiesta appositamente predisposto (S/N **2024**:Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**110 - Selezione dei candidati e stipula contratto**		
Fase	SELEZIONE CANDIDATI		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,20		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Processo regolato dal Regolamento interno per il conferimento di incarichi a soggetti esterni attività: valutazione delle candidature pervenute da parte del dirigente Responsabile del progetto; delibera di affidamento dell'incarico; stipula del contratto con il soggetto individuato		
Storico cause degli eventi rischiosi	eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO G - INCARICHI E NOMINE

Processo	G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1466 - individuazione del dirigente che effettua la valutazione in rapporto di contiguità con i candidati concorrenti o privo di idonei ed adeguati requisiti volti ad assicurarne terzietà ed indipendenza	**Misura di trasparenza** 1404 - Acquisizione e pubblicazione dichiarazione di cui all'art. 15 co. 1 lett. c) D.Lgs 33/2013 (svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali)	**Responsabile della misura:** Dirigente SCA1 - Gestione Risorse Umane e Benessere del Personale: **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: lo scopo della misura è di acquisire dagli **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale di acquisizione delle dichiarazioni di cui all'art. 15 d.lgs. n. 33/2013: 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1405 - Acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto d`interesse/ incompatibilità	**Responsabile della misura:** Dirigente SCA1 - Gestione Risorse Umane e Benessere del Personale **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: lo scopo della misura è di garantire l'imparzialità della procedura in particolare del dirigente che effettua la valutazione, evitando situazioni di conflitto di intesse e di incompatibilità e aumentando la corretta percezione di tali situazioni da parte dei valutatori. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle dichiarazioni assenza conflitti di interesse acquisite da ciascun dirigente sul totale delle procedure di conferimento incarico. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	G.02 - CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA PTA E DI STRUTTURA SEMPLICE

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Costituzione della Commissione di Valutazione/Direttore di Area valutatore**		
Fase	VALUTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,50		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	Attività: - costituzione della commissione di valutazione/individuazione Direttore di Area Valutatore - individuazione del candidato idoneo - DDG di conferimento incarico - redazione e stipula del contratto		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO G - INCARICHI E NOMINE

Processo	G.02 - CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA PTA E DI STRUTTURA SEMPLICE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1425 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1358 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del Direttore di Area che effettua la valutazione/ Commissione valutatrice	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SCA1 Risorse Umane **Obiettivo, piano e termine misura:** Assicurare l'imparzialità della procedura, verificando la assenza di conflitti di interessi da parte del Direttore di Area che effettua la valutazione Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale di acquisizione della dichiarazione di conflitto di interesse da parte dei valutatori per ogni selezione effettuata. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1426 - mancata o irregolare verifica del possesso dei requisiti professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire al fine di reclutare candidati particolari	**Misura di trasparenza** 1359 - acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Programmazione e acquisizione Risorse **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: verifica cause inconferibilità e incompatibilità previste dal d.lgs. 39/13 misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** acquisizione all'atto di nomina e con cadenza annuale delle dichiarazioni di incompatibilità per ciascun dirigente e pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità per ciascun nuovo incarico e pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di verifiche effettuate sulla veridicità delle dichiarazioni rese sull'insussistenza di cause di inconferibilità (Perc. **2024**: 100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.01 - ASSISTENZA, RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO COMPRESO RECUPERO CREDITO VANTATO DALL`ENTE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**111 - Ricezione atto giudiziale e conferimento mandato**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,92		
Struttura	SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI	Responsabile	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato all'individuazione del legale (interno e/o esterno) cui conferire il mandato di difesa dell'IZSVe. Il processo è regolamentato dal Regolamento per l'affidamento degli incarichi di patrocinio e consulenza legale ad avvocati esterni		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza regole poco chiare conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1480 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1428 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse da parte del legale interno e/o esterno	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Legale **Obiettivo, piano e termine misura:** obiettivo: garantire l'imparzialità della procedura. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale dichiarazioni acquisite su totale mandati conferiti. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1429 - Misura di trasparenza - aggiornamento e pubblicazione dell'elenco degli avvocati per conferimento di incarichi esterni	**Indicatori di monitoraggio della misura:** almeno 1 aggiornamento e pubblicazione all'anno nel sito aziendale dell'eelenco (Num2. **2024**:1,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**113 - Studio della pratica, redazione atti giudiziari e gestione dell`intera fase processuale/esecutiva**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,40		
Struttura	SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI	Responsabile	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1481 - gestione del contenzioso al fine di avvantaggiare alcune parti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1430 - standardizzazione del processo: compilazione di una check list procedurale	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Legale **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento Obiettivo: Ridurre discrezionalità contenuto fatte salve le esigenze di difesa **Indicatori di monitoraggio della misura:** compilazione di una check list procedurale per ogni procedura. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.02 - GESTIONE DELLA FASE DI PRECONTENZIOSO E STRAGIUDIZIALE E GESTIONE ACCORDI TRANSATTIVI, FORMULAZIONE DI RISPOSTE A RECLAMI, ESPOSTI, DIFFIDE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**114 - Ricezione della nota di contestazione/atto da contestare e redazione atti di precontenzioso**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,92		
Struttura	SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI	Responsabile	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle competenze monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1482 - Gestione di parte della fase precontenziosa/ stragiudiziale al fine di avvantaggiare alcune parti e/o proposizione di transazioni svantaggiose o fittizie allo scopo di avvantaggiare soggetti terzi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1431 - standardizzazione del processo. Compilazione della check list procedurale	**Responsabile della misura:** Responsabile UO Legale **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Obiettivo: evitare sviamenti procedurali **Indicatori di monitoraggio della misura:** compilazione di una check list procedurale per ogni procedura. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**H.03 - PREDISPOSIZIONE E FORMULAZIONE DI PARERI SU RICHIESTA DELLE DIREZIONI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**117 - ricezione della richiesta interna e redazione e trasmissione del parere**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,10		
Struttura	SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI	Responsabile	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di valori etici conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1483 - proporre un parere che porti all`adozione di atti o azioni svantaggiose allo scopo di avvantaggiare soggetti terzi	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1432 - CODICE DI COMPORTAMENTO: OBBLIGO DI ASTENSIONE - ART.7 DPR 62/13 COMUNICAZIONE ASTENSIONE PER PRESENZA CONFLITTI DI INTERESSE	**Responsabile della misura:** UO LEGALE **Obiettivo, piano e termine misura:** presentazione dichiarazione di astensione in caso di presenza conflitti di interesse **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. dichiarazioni di attestazione conflitto interessi per ciascun parere rilasciato . target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.19 - Gestione archivio**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**43 - Gestione richieste conferimento/consultazione documenti conservati in archivio**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,63		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Ricezione richieste conferimento/consultazione documenti in archivio (da utenti interni a mezzo intranet aziendale); - Inoltro della richiesta all'archivista; - Evasione della richiesta da parte dell'archivista; - Comunicazione chiusura ticket richiesta intranet.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli regole poco chiare		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1448 - smarrimento documenti	**Misura di controllo** 1381 - monitoraggio delle richieste di consultazione dei documenti/fascicoli e della documentazione consegnata in visione	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** intensificazione dei controlli finalizzati a richiedere la restituzione in archivio della documentazione consegnata in visione **Indicatori di monitoraggio della misura:** Numero monitoraggi effettuati su documentazione consegnata in visione. Target: 6 (Num2. **2024**:6,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**44 - Selezione e scarto della documentazione conservata presso l'archivio storico**		
Fase	MONITORAGGIO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,10		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	Attività di censimento e scarto della documentazione per la corretta gestione degli archivi secondo i tempi previsti nel massimario di scarto - Selezione della documentazione che ha maturato i tempi minimi di conservazione (a cura dell'archivista); - Predisposizione provvedimento proposta di scarto documenti conservati in archivio; - Elaborazione proposta di scarto per invio alla Soprintendenza di competenza; - Ricevuto il nulla osta da parte della Soprintendenza, predisposizione della delibera e successivo Invio dei documenti al macero (a cura dell'archivista).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1449 - elusione delle regole e delle procedure previste per le attività di scarto	**Misura di controllo** 1382 - controllo finalizzato a selezione correttamente la documentazione che ha maturato i tempi minimi di scarto (Dirigente Sagat e archivista)	**Responsabile della misura:** dirigente Servizio Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** La misura è finalizzata a verificare che la selezione della documentazione da inviare allo scarto sia corretta. L'elenco dei documenti da scartare predisposto dall'archivista, distinto per struttura, viene inviato alle varie strutture interessate per una conferma. **Indicatori di monitoraggio della misura:** Presente S/N duplice valutazione ai fini dello scarto - archivista - SAGAT - dirigenti delle strutture interessate (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.20 - Gestione dei documenti nel sistema di protocollo informatico**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**45 - Ricezione, registrazione e smistamento documenti cartacei/digitali in entrata/uscita**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 0,90		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Ricezione documento cartaceo/digitali in entrata/uscita; - Verifica dei requisiti minimi delle informazioni inserite; - Classificazione/ Fascicolazione/ Assegnazione; - Acquisizione ottica (per documenti cartacei); - Smistamento a mezzo posta elettronica istituzionale; - Consegna del documento originale cartaceo all'ufficio di competenza a mezzo posta interna.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza/inefficacia sistemi IT		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1429 - omessa o errata protocollazione per favorire o svantaggiare determinati soggetti		**Indicatori:**
1430 - manomissione del documento; ritardo degli adempimenti di registrazione; elusione delle procedure di svolgimento delle attività di registrazione; rivelazione di notizie riservate/violazione del segreto d'ufficio	**Misura di informatizzazione dei processi** 1362 - Informatizzazione processi: decentralizzazione del protocollo in uscita	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile S.S. Affari Generali Anticorruzione e trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Il sistema di gestione informatico dei documenti, affinché possa essere efficiente e sicuro deve essere necessariamente presidiato da specifiche procedure e strumenti informatici, in grado di governare con efficacia ogni singolo accadimento che coinvolge la vita del documento. Una corretta gestione dei documenti sin dalla loro fase di formazione rappresenta a migliore garanzia per il corretto adempimento degli obblighi di natura amministrativa, giuridica e archivistica. A tal fine, risulta decisivo avvalersi di workflow documentali e sistemi di Document @content Management e di applicativi informatici che si basino su elevati livelli di automazione ed interoperabilità sul web. piano attuazione misura: - acquisizione applicativo gestione documentale per gestione protocollo, delibere e determine tempi: entro 31.12.2023 installazione e avviamento modulo gestione protocollo entro il 31.12.2024: installazione e avviamento modulo gestione delibere, determine **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale attuazione modello organizzativo decentrato target 70% (Perc. **2024**:70,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

Processo	**H.21 - Contratti di contributo alla ricerca**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**27 - Ricezione richiesta, predisposizione ed approvazione schema contratto di contributo alla ricerca**		
Fase	VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/CONVENZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,75		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Ricezione richiesta stipula contratto di contributo dalla controparte interessata (INPUT); - Acquisizione e verifica dichiarazione di assenza conflitto di interessi del Dirigente sanitario referente; - Predisposizione dello schema di contratto sulla base dei format predisposti e del documento di progetto; - Condivisione dello schema con la controparte; - Doppia verifica SAGAT-Uff. Legale nel caso di richieste di modifica di clausole contrattuali; - Predisposizione proposta di delibera di approvazione dello schema di contratto di contributo alla ricerca; - Adozione del provvedimento di approvazione dello schema di contratto (OUTPUT).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle informazioni mancanza di procedure conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1431 - errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti al fine di favorire (o sfavorire) l'istante	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1363 - Acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto di contributo alla ricerca.	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari generali anticorruzione e trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale dichiarazioni assenza conflitti di interesse acquisite dal responsabile scientifico su totale contratti. Target: 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle dichiarazioni verificate sulla banca dati aziendale sul totale delle dichiarazioni acquisite. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo 1364 - Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale accordi valutati congiuntamente (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) per i quali la controparte abbia richiesto modifiche sostanziali sul totale accordi. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1432 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		**Indicatori:**
1433 - stipula/revisione convenzione/contratto con clausole difformi dal format contrattuali	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1365 - Rispetto delle clausole tipo presenti nei format contrattuali standard all'uopo predisposti	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale degli schemi di accordo approvati rispettando le clausole tipo (format contrattuali) sul totale accordi sottoscritti. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.21 - Contratti di contributo alla ricerca**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**28 - Stipula e gestione contratto di contributo alla ricerca**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,30		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Sottoscrizione del contratto e protocollazione; - Trasmissione della documentazione finale (DDG e contratto) agli uffici competenti; - Gestione eventuali revisioni del contratto; - Gestione eventuali proroghe/rinnovi del contratto; - Gestione eventuali controversie.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle informazioni mancanza di procedure		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1434 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1366 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari generali anticorruzione e trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** disponibilità dei dati e della documentazione nel sistema di rete. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**H.22 - ACCORDI DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI EX ART. 15 L. 241/90**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**29 - Ricezione/invio richiesta stipula, verifica/predisposiz. ed approvazione schema accordo di collaborazione/ convenzioni/ accordi quadro tra enti pubblici ex art. 15 L.241/90.**		
Fase	VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/CONVENZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,50		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Richiesta stipula accordo su iniziativa del dirigente IZSVe o di altra Pubblica Amministrazione interessata (INPUT); - Predisposizione dello schema di accordo sulla base dei format predisposti (o verifica dello schema proposto), sulla base dei requisiti normativi ed i documenti di progetto e/o atti prodromici o ulteriori elementi forniti dal dirigente; - Condivisione / negoziazione dello schema di accordo con la Pubblica Amministrazione controparte; - Doppia verifica SAGAT-Uff. Legale per richieste di modifica clausole contrattuali dalla controparte; - Predisposizione proposta di delibera di approvazione dello schema di accordo; - Adozione del provvedimento di approvazione dello schema di accordo (OUTPUT).		
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle informazioni eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	H.22 - ACCORDI DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI EX ART. 15 L. 241/90	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1435 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1367 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di dichiarazioni di insussistenza conflitti di interesse acquisite dal responsabile scientifico sul totale degli accordi stipulati. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1368 - rispetto delle clausole tipo contenute nei format in uso presso la struttura per la stipula di accordi di collaborazione/convenzioni	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle bozze di accordi/convenzioni stipulati rispettando le clausole tipo. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1436 - definizione di accordo di collaborazione non conforme ai fini istituzionali ma finalizzato alla realizzazione di altri interessi		**Indicatori:**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**30 - Stipula e gestione accordo di collaborazione/ convenzione/ acc. quadro tra enti pubblici ex art. 15 L. 241/90**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,10		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Sottoscrizione dell'accordo e protocollazione; - Trasmissione della documentazione finale (DDG e accordo) al responsabile scientifico e all'UO Ricerca e Cooperazione internazionale per la gestione economica finanziaria del progetto di ricerca; - Gestione eventuali revisioni dell'accordo; - Gestione eventuali proroghe/rinnovi dell'accordo; - Gestione eventuali controversie.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza		
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**	
1437 - Inosservanza di regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità	**Misura di trasparenza** 1369 - Pubblicazione elenco provvedimenti relativi agli accordi stipulati nella sezione Amministrazione Trasparente	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di trasparenza in mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale elenco provvedimenti relativi agli accordi stipulati pubblicati nella sezione amministrazione trasparente sul totale accordi stipulati. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)	

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**25 - Ricezione richiesta, predisposizione ed approvazione schema contratto per prestaz. a pagamento cd. "semplici" o "complesse".**		
Fase	VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/CONVENZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,40		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Ricezione richiesta della prestazione dalla controparte interessata (INPUT); - Acquisizione e verifica dichiarazione assenza conflitto di interessi da parte del Dirigente Sanitario referente; - Acquisizione quadro economico compilato dal Dirigente Sanitario referente; - Predisposizione dello schema di contratto sulla base dei format predisposti e condivisione con il richiedente; - Doppia verifica SAGAT/Uff. Legale per richieste di modifica clausole contrattuali (negoziazione); - Predisposizione proposta di delibera di approvazione dello schema di contratto; - Adozione del provvedimento di approvazione dello schema di contratto (OUTPUT).		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle conoscenze eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1438 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1370 - standardizzazione del processo: rispetto delle clausole tipo presenti nei format in uso presso la struttura per la stipula dei contratti	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale degli schemi di contratti approvati rispettando le clausole tipo presenti nei format di struttura sul totale dei contratti sottoscritti. Target: 90% (Perc. **2024**:90,00%)
	Misura di controllo 1371 - duplice verifica con UO Legale delle clausole contrattuali per le quali la controparte richiede modifiche sostanziali	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle bozze di contratto (che presentano clausole difformi dai format su richiesta della controparte) sottoposte a duplice verifica dell'U legale su totale contratti stipulati. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1440 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1373 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto per prestazioni cd. "semplici" o "complesse".	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Acquisizione dichiarazioni assenza conflitto interesse da parte del responsabile scientifico; verifica nella banca dati aziendale "arxivar" **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale dichiarazioni verificate sulla banca dati aziendale/ N° dichiarazioni acquisite. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse acquisite sul totale dei contratti stipulati. Target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1441 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		Indicatori:

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**26 - Stipula e gestione contratti per prestazioni a pagamento cd. "semplici" o "complesse"**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,30		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Sottoscrizione del contratto e protocollazione (INPUT); - Trasmissione della documentazione finale (DDG e contratto) agli uffici competenti; - Gestione eventuali revisioni del contratto; - Gestione eventuali proroghe/rinnovi del contratto; - Gestione eventuali controversie.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle informazioni mancanza di procedure mancanza/inefficacia sistemi IT mancata programmazione mancata informatizzazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1442 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1374 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	**Responsabile della misura:** Dirigente SAGAT **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** disponibilità dei dati e della documentazione nel sistema di rete. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**23 - Ricezione della richiesta di convenzione, predisposizione ed approvazione dello schema di convenzione per prestazioni a pagamento previste a tariffario.**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,20		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Ricezione richiesta convenzione dalla controparte interessata (INPUT); - Verifica della posizione contabile del richiedente, se già cliente; - Trasmissione della richiesta e relativa documentazione alla Direzione/CdA per autorizzazione; - Acquisizione e verifica dichiarazione assenza conflitto interessi da parte del dirigente sanitario referente; - Predisposizione schema di convenzione sulla base dei format predisposti e condivisione con richiedente; - Doppia verifica SAGAT/Uff.Legale per richieste di modifica di clausole contrattuali (negoziazione); - Predisposizione proposta di delibera di approvazione dello schema di convenzione; - Adozione del provvedimento di approvazione dello schema di convenzione (OUTPUT);		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle informazioni conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1443 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1375 - acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente la convenzione con sconto a tariffario	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento acquisizione della dichiarazione assenza conflitti di **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale dichiarazioni verificate sulla banca dati aziendale rispetto alle dichiarazioni acquisite. Target: 100% (Perc. **2024**: 100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle dichiarazioni acquisite sulle convenzioni approvate. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1444 - stipula di contratto/ convenzione con clienti insolventi per procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1376 - intensificazione controlli: acquisizione dalla SCA3 SEF della verifica regolare posizione contabile del cliente richiedente la stipula della convenzione per prestazioni a tariffario	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di verifiche regolare posizione contabile acquisite rispetto al totale convenzioni approvate. Target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)
1445 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	**Misura di controllo** 1377 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione: Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** La misura è finalizzata ad analizzare e verificare compiutamente le modifiche contrattuali proposte dalla controparte misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale accordi valutati congiuntamente (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) per i quali la controparte abbia richiesto modifiche sostanziali sul totale accordi. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di controllo 1378 - DUPLICE VALUTAZIONE ISTRUTTORIA DEL DIRIGENTE E DEL FUNZIONARIO PREPOSTO (FIRMA CONGIUNTA, DIRIGENTE E FUNZIONARIO)	**Responsabile della misura:** Responsabile SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle richieste valutate congiuntamente dal dirigente e funzionario sul totale delle richieste pervenute. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1379 - Rispetto delle clausole tipo presenti nei format contrattuali standard all'uopo predisposti	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale degli schemi di accordo approvati rispettando le clausole tipo sul totale degli accordi sottoscritti. Target 90% (Perc. **2024**:90,00%)
1446 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari		**Indicatori:**

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	**H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**24 - Stipula e gestione convenzione per prestazioni a pagamento previste a tariffario**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,28		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	- Sottoscrizione della convenzione e protocollazione; - Trasmissione della documentazione finale (DDG e convenzione) agli uffici competenti; - Gestione eventuali revisioni della convenzione; - Gestione eventuali proroghe/rinnovi della convenzione; - Gestioni eventuali controversie.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancata programmazione mancata informatizzazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1447 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di controllo** 1380 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** disponibilità dei dati e della documentazione nel sistema di rete. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**37 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso documentale**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,40		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	Gestione delle richieste di accesso documentale a garanzia del diritto di partecipazione all'attività amministrativa. ricezione richiesta di accesso agli atti ai sensi della legge n. 241/90; esame dell'istanza nel rispetto della normativa di riferimento e del regolamento interno; notifica ad eventuali controinteressati; evasione della richiesta (accoglimento/ differimento/rigetto); monitoraggio tempi di evasione della richiesta; tenuta/aggiornamento/ pubblicazione registro degli accessi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

Processo	H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1450 - distorsione delle procedure di valutazione circa l'ammissibilità della richiesta di accesso al fine di favorire o sfavorire il soggetto richiedente	**Misura di trasparenza** 1384 - Trasparenza: accesso civico semplice, generalizzato e accesso agli atti: invio dei dati relativi alle richieste di accesso documentale gestite dalla struttura ai fini implementazione/ aggiornamento del registro degli accessi nella sezione Amministrazione trasparente e pubblicazione in qualità di RPCT del registro con cadenza semestrale	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari generali Anticorruzione e Trasparenza e RPCT **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** invio al RPCT dei dati della Struttura relativi alle richieste di accesso documentale che confluiscono nel registro accessi 2 volte l'anno (Num2. **2024**:2,00) **Indicatori di monitoraggio della misura:** pubblicazione n. 2 volte l'anno del registro degli accessi in qualità di RPCT (Num2. **2024**:2,00)
	Misura di regolamentazione MG031 - monitoraggio termini procedimentali e attuazione del Regolamento interno	**Responsabile della misura:** Responsabile SAGAT **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo misura: rispetto dei termini procedimentali delle richieste di accesso documentale **Indicatori di monitoraggio della misura:** rispetto dei termini procedimentali di accesso documentale (S/N **2024**: Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**38 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico semplice**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 0,53		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	Gestione delle richieste di accesso civico generalizzato a garanzia del diritto di partecipazione all'attività amministrativa del diritto all'informazione. ricezione istanza di accesso civico semplice da parte RPCT ; esame dell'istanza; trasmissione dell'istanza al Dirigente responsabile della mancata o incompleta pubblicazione dei dati/documenti/informazioni; evasione della richiesta (in caso di accoglimento: pubblicazione da parte del dirigente della struttura dei dati/documenti/ informazioni); comunicazione da parte del RPCT dell'avvenuta pubblicazione o rigetto della stessa; tenuta/ aggiornamento/pubblicazione registro degli accessi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1451 - tarditvità negli adempimenti	**Misura di trasparenza** 1385 - Trasparenza: accesso civico semplice , generalizzato e accesso gli atti: pubblicazione, in qualità di RPCT con cadenza semestrale del registro degli accessi nella sezione amministrazione trasparente	**Responsabile della misura:** dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** termine misura: 31/12 di ciascun anno **Indicatori di monitoraggio della misura:** N. 2 pubblicazioni all'anno registro accessi in qualità di RPCT (Num2. **2024**:2,00)
	Misura di regolamentazione 1386 - attuazione del Regolamento interno per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico, ``semplice`` e ``generalizzato`` ai dati, alle informazioni e ai documenti prodotti o detenuti dall'IZSVe approvato con DDG 660/2018	**Responsabile della misura:** Dirigente SAGAT e RPCT **Obiettivo, piano e termine misura:** rispetto della corretta attuazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 33/13, dalle linee guida ANAC e dal Regolamento interno approvato con DDG 660/2018 **Indicatori di monitoraggio della misura:** rispetto dei termini e degli adempimenti previsti nella sezione rischi corruttivi e trapsarenza del PIAO relativamente agli obblighi di pubblicazione in carico del SAGAT. target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**39 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico generalizzato**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,00		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	Gestione delle richieste di accesso civico generalizzato a garanzia del diritto di partecipazione all'attività amministrativa del diritto all'informazione e alla tutela dei dati personali. ricezione istanza di accesso civico generalizzato; istruttoria dell'istanza nel rispetto della normativa di riferimento e del regolamento interno; notifica ad eventuali controinteressati; evasione della richiesta (accoglimento/ differimento/ rigetto); monitoraggio tempi di evasione della richiesta; tenuta/aggiornamento/pubblicazione registro degli accessi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle conoscenze		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

Processo	H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO	
RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1452 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	**Misura di controllo** 1387 - Monitoraggio tempi procedimentali ai sensi art. 24, c. 2 d.lgs. 33/13. Rispetto dei termini e delle previsioni indicate nel Regolamento interno adottato con DDG 660/2018	**Obiettivo, piano e termine misura:** corretta attuazione delle disposizioni previste dalla normativa vigente e dalla Regolamentazione interno misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale delle istruttorie di competenza della struttura che rispettano i termini previsti sul totale. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
	Misura di trasparenza 1388 - Trasparenza: accesso civico semplice, accesso generalizzato e accesso agli atti - implementazione/ aggiornamento dei dati di competenza della struttura da inserire nel registro accessi nella sezione amministrazione trasparente con cadenza semestrale e pubblicazione del registro n qualità di RPCT	**Responsabile della misura:** Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza e RPCT **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** implementazione/aggiornamento dei dati di competenza della struttura da inserire nel registro degli accessi con cadenza semestrale. target 100% (Perc. **2024**:100,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** ricevimento da parte di tutte le strutture dei dati ai fini della (Perc. **2024**: 100,00%)

Processo	H.26 - GESTIONE POLIZZE ASSICURATIVE		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**47 - gestione sinistri; liquidazione premi assicurativi e di regolazione entro le scadenze contrattuali previste; rapporti con broker assicurativo e compagnie assicurative**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,63		
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	**Responsabile**	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata programmazione mancata informatizzazione		

RISCHIO	**MISURA DI PREVENZIONE**	**ALTRI DATI**
1453 - Ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei sinistri e per il pagamento dei premi per favorire/sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1389 - Utilizzo all'interno dell'ente di banche dati specifiche per realizzazione controlli incrociati, condivisione di informazioni ecc- Condivisione attraverso risorse di rete, della documentazione relativa alle attività in corso. Implementazione di una banca dati/scadenziario con indicazione sinistri aperti , liquidati e non liquidati	**Responsabile della misura:** dirigente SS Affari generali Anticorruzione e Trasparenza **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Disponibilità dei dati e della documentazione nel sistema di rete. implementazione di una banca dati/scadenziario. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — **I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA**

Processo	**I.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'autorità sanitaria pubblica**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di autorità sanitaria - refertazione**		
Fase	REFERTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,06		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1400 - Irregolarità in fase di elaborazione dei dati, di analisi dei dati, di valutazione dei dati	**Misura di controllo** 1328 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	**Responsabile della misura:** Direttori Struttura Complessa **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Piano della misura monitorare le riemissioni dei rapporti di prova non motivate con analisi scostamenti dei trand anomali in Qlik **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. **2024**:1,00)
1401 - abuso per favorire determinati soggetti tramite omessa notifica all'autorità sanitaria delle malattie infettive/ patogeni alimentari per il quale sussiste l'obbligo di segnalazione	**Misura di controllo** 1329 - verifica in sede di audit interno dell'omessa notifica all'autorità sanitaria delle malattie infettive/patogeni alimentari per i quali sussiste l'obbligo di segnalazione	**Responsabile della misura:** Ufficio qualità **Obiettivo, piano e termine misura:** Piano Misura: audit interni misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. notifiche non effettuate evidenziate in sede di audit: valore atteso: 0 (Num2. **2024**:0,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi - accettazione ed esecuzione analisi**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,60		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	attività: accettazione del campione; esecuzione e refertazione delle analisi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle informazioni mancanza di risorse mancata definizione di ruoli/responsabilità		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA**

Processo **I.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'autorità sanitaria pubblica**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1392 - abuso per favorire soggetti particolari al fine di perseguire interessi privati con scambio di campioni in laboratorio/alterazioni campioni	**Misura di controllo** 1319 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati	**Responsabile della misura:** Ufficio Qualità **Obiettivo, piano e termine misura:** **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. eventuali non conformità riferite alla non corretta separazione delle attività in sede di audit interno ed esterno. Valore atteso=0 (Num2. **2024**:0,00)
1393 - alterazione volontaria del campione per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico con accesso ai dati relativi al campione - mancanza/ inefficacia sistemi IT	**Misura di rotazione** 1320 - Misura alternativa alla rotazione	**Responsabile della misura:** DSC **Obiettivo, piano e termine misura:** misura di mantenimento Rendicontazione in fase di riesame della direzione dell'efficacia delle misure di contenimento del possibile rischio di imparzialità attuate dalla struttura in fase di accettazione, esecuzione analisi e refertazione tramite alternanza o segregazione delle funzioni (separazione e distinzione delle mansioni all'interno del processo) del personale quale misura alternativa alla rotazione **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura (Num2. **2024**:1,00)
	Misura di formazione MG021 - formazione del personale sulla gestione del risk management	**Responsabile della misura:** DSC, Laboratorio Formazione e Ufficio Qualità **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura: erogazione di un incontro formativo sulle tematiche del risk management in ambito sanitario **Indicatori di monitoraggio della misura:** erogazione incontro formativo (S/N **2024**:Si)
1394 - abuso per favorire determinati soggetti tramite erogazione gratuita di analisi di secondo livello (analisi derivate) non ricomprese nel pacchetto diagnostico	**Misura di controllo** 1321 - verifica periodica da parte dei DSC, in ambito diagnostico, dei cruscotti Qlik del rispetto del pacchetto diagnostico di analisi derivate per ciascuna sindrome	**Responsabile della misura:** Direttori di Struttura Complessa con attività diagnostiche autoptiche **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Piano misura: verifica periodica da parte del DSC delle analisi derivate al fine di monitorare eventuali scostamenti non motivati delle analisi derivate effettuate dalla struttura. La misura viene rendicontata in sede di riesame della direzione di struttura **Indicatori di monitoraggio della misura:** 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la rendicontazione dell'attuazione della misura (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA**

Processo	**I.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/SOPRALLUOGHI: attività di supporto, consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di soggetti pubblici**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Attività di consulenza, supporto, pareri e sopralluoghi su richiesta di enti pubblici**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,19		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle competenze monopolio delle conoscenze eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1499 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue	**Misura di controllo** 1444 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame di direzione del monitoraggio delle missioni	**Responsabile della misura:** DSC per eventuali segnalazioni correttive da porre in essere in sede di riesame di direzione della struttura **Obiettivo, piano e termine misura:** Piano Misura: valutazione in sede di riesame della direzione di struttura, circa il monitoraggio delle missioni e dell'eventuale rotazione del personale, ove applicabile, comprensivo di eventuali correzioni poste o da porre in atto. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** valutazione in sede di riesame di struttura, da parte dei DSC, delle missioni comprensiva di eventuali azioni correttive poste/ da porre in atto . Target: n. 1 riesame di struttura (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO**

Processo	**L.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione prestazioni di laboratorio su istanza volontaria del richiedente (operatori economici/professionisti/consumatori)**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di privati - accettazione ed esecuzione analisi**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,70		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	attività: accettazione campioni: dati nel verbale di accompagnamento campione, emissione foglio di lavoro esecuzione analisi: dati grezzi analisi eseguite refertazione		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata informatizzazione inadeguata diffusione della cultura della legalità eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1395 - vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	**Misura di controllo** 1323 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati	**Responsabile della misura:** Ufficio QUalità **Obiettivo, piano e termine misura:** Piano attuazione: misura di mantenimento in essere attuata tramite audit interni e di parte terza finalizzati a verificare l'applicazione di adeguate misure di contenimento del rischio di imparzialità (attuato ad es. tramite la separazione delle funzioni dirigenziali (firma referti), tramite anonimizzazione dell'anagrafica di IZILAB (registri specifici con anagrafica oscurata), anonimizzazione dei campioni, ecc). misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. eventuali non conformità riferite alla non corretta separazione delle attività in sede di audit interno ed esterno. Valore atteso=0 (Num2. **2024**:0,00)
1396 - alterazione volontaria del campione per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico con accesso ai dati relativi al campione - mancanza/ inefficacia sistemi IT	**Misura di rotazione** 1324 - misure alternative alla rotazione	**Responsabile della misura:** DSC **Obiettivo, piano e termine misura:** Rendicontazione in fase di riesame della direzione dell'efficacia delle misure di contenimento del possibile rischio di imparzialità attuate dalla struttura in fase di accettazione, esecuzione analisi e refertazione tramite alternanza o segregazione delle funzioni (separazione e distinzione delle mansioni all'interno del processo) del personale quale misura alternativa alla rotazione misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura (Num2. **2024**:1,00)
	Misura di formazione MG021 - formazione del personale sulla gestione del risk management	**Responsabile della misura:** DSC, Laboratorio Formazione, Ufficio Qualita **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura: erogazione di un incontro formativo sulle tematiche del risk management in ambito sanitario **Indicatori di monitoraggio della misura:** erogazione incontro formativo (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO**

Processo **L.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione prestazioni di laboratorio su istanza volontaria del richiedente (operatori economici/professionisti/consumatori)**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1397 - abuso per favorire soggetti particolari; ritorno economico; conflitto di interessi	**Misura di controllo** 1325 - verifica periodica da parte dei DSC, in ambito diagnostico, dei cruscotti Qlik del rispetto del pacchetto diagnostico di analisi derivate per ciascuna sindrome	**Responsabile della misura:** DSC con attività diagnostiche autoptiche **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Piano misura: verifica periodica da parte del DSC delle analisi derivate al fine di monitorare eventuali scostamenti non motivati delle analisi derivate effettuate dalla struttura. La misura viene rendicontata in sede di riesame della direzione di struttura **Indicatori di monitoraggio della misura:** 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la rendicontazione dell'attuazione della misura (Num2. **2024**:1,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di privati - refertazione**		
Fase	GESTIONE DELL'ESITO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,26		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	INPUT: verifica e firma del rapporto di prova OUTPUT: pubblicazione del rapporto di prova		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio di potere o decisionale monopolio delle competenze		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1494 - Vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (ad es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	**Misura di controllo** 1440 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	**Responsabile della misura:** DSC **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Piano della misura monitorare le riemissioni dei rapporti di prova non motivate con analisi scostamenti dei trand anomali in Qlik **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO**

Processo	**L.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/SOPRALLUOGHI: erogazione attività di consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di privati**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**143 - attività di consulenza/pareri/sopralluoghi su richiesta di privati**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,58		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	attività: Info logistiche e anamnestiche (es. tipo di allevamento / attività produttiva etc.) Individuazione della persona e formulazione offerta espletamento della missione/consulenza / pareri/sopralluoghi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle informazioni eccessiva discrezionalità		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1495 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue (es. favorire un soggetto particolare per l'attività di consulenza/ sopralluogo)	**Misura di controllo** 1441 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame struttura del monitoraggio delle missioni	**Responsabile della misura:** DSC per eventuali segnalazioni correttive da porre in essere in sede di riesame di struttura **Obiettivo, piano e termine misura:** Piano Misura: valutazione in sede di riesame della direzione di struttura, circa il monitoraggio delle missioni e dell'eventuale rotazione del personale, ove applicabile, comprensivo di eventuali correzioni poste o da porre in atto. Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** valutazione in sede di riesame di struttura, da parte dei DSC, delle missioni comprensiva di eventuali azioni correttive poste/ da porre in atto . Target: n. 1 riesame di struttura (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO: M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE

Processo: M.01 - PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DA FONDI PUBBLICI

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PUBBLICI - progettazione**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	presentazione alla Direzione della candidatura interna del progetto (razionale + budget); valutazione (interna e/o esterna);		
Storico cause degli eventi rischiosi	regole poco chiare mancanza di procedure		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1398 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	**Misura di regolamentazione** 1326 - attuazione delle linee guida per la presentazione di progetti di ricerca corrente disponibili nella intranet aziendale	**Responsabile della misura:** UO Ricerche e Cooperazione Internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento ricevimento delle proposte di progetto da parte dei dirigenti secondo le indicazioni presenti nelle linee guida pubblicate nella intranet aziendale valutazione dei progetti presentati redazione di una graduatoria dei progetti da inviare al Ministero **Indicatori di monitoraggio della misura:** redazione di una graduatoria dei progetti interni presentati dalle strutture da inviare al Ministero (S/N **2024**:Si)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PUBBLICI - RENDICONTAZIONE SCIENTIFICA**		
Fase	RENDICONTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,46		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle conoscenze		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1399 - distrazione fondi/trarre vantaggio personale durante la gestione del progetto attraverso risultati scientifici inventati/ alterati; attività non corrispondenti al progetto	**Misura di formazione** 1327 - Incontro formativo rivolto agli stakeholder interni ed esterni nel quale vengono presentati i risultati dei progetti di ricerca conclusi	**Responsabile della misura:** SCS4 - Laboratori Formazione e Sviluppo delle Professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Termine misura: 31.12.2024 **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 incontro formativo (Num2. **2024**:1,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — **M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE**

Processo	**M.02 - PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA FINANZIARI DA FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**154 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE - FASE ANALITICA/ SPERIMENTALE**		
Fase	ESECUZIONE DEL PROGETTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,93		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	INPUT: prove sperimentali - OUTPUT: elaborazione dei dati		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle conoscenze monopolio delle informazioni		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1496 - alterazione volontaria degli esiti per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico; mancata inmparzialità	**Misura di controllo** 1442 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	**Responsabile della misura:** Direttori Struttura Complessa **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento Piano della misura monitorare le riemissioni dei rapporti di prova non motivate con analisi scostamenti dei trand anomali in Qlik **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. **2024**:1,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**155 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE - RENDICONTAZIONE SCIENTIFICA FINALE**		
Fase	RENDICONTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 4,00		
Struttura	0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali	**Responsabile**	work group
Descrizione processo e relative fasi	INPUT stesura e invio report finale al contraente; OUTPUT accettazione del report parte del contraente		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle competenze		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1497 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1443 - presentazione alla Direzione, in sede di riesame di struttura, della rendicontazione dell'attività di ricerca commissionata da terzi	**Responsabile della misura:** DSC **Obiettivo, piano e termine misura:** termine: 31.12.2024 Obiettivo misura: rendicontazione dell'attività di ricerca commissionata da terzi (privati) **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzi la valutazione delle attività svolte (Num2. **2024**:1,00)
1498 - Alterazione volontaria degli esiti per favorire / sfavorire un soggetto o per un ritorno economico		**Indicatori:**

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — **M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE**

Processo	**M.04 - FORMAZIONE INDIVIDUALE SPONSORIZZATA E PARTECIPAZIONE COME RELATORE/DOCENTE AD EVENTI SPONSORIZZATI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**183 - Ricevimento primo invito a cui segue avvio iter autorizzativo per formazione o partecipazione ad eventi sponsorizzati**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,47		
Struttura	SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	Responsabile	Zorzan Nadia
Descrizione processo e relative fasi	A seguito di richiesta alla Direzione generale di partecipazione di un dipendente ad eventi sponsorizzati, si procede alla verifica del conflitto di interesse nel caso di iniziativa a favore di soggetti privati che non rientrino nel campo della formazione.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza monopolio delle competenze monopolio delle conoscenze regole poco chiare conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1520 - Conflitto di interessi	**Misura di regolamentazione** 1464 - Attuazione delle linee guida per la gestione dell'invito di formazione individuale sponsorizzata e di docenza sponsorizzata	**Responsabile della misura:** Direttore SCA1 SGRU **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Piano: Misura di mantenimento - attuazione delle linee guida elaborate e diffusione delle stesse 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** gestione delle richieste in conformità alle linee guida . Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Processo	**M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**173 - procedura selettiva concorrenziale e/o recepimento di iniziative spontanee da parte di terzi**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,05		
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	Responsabile	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Processo descritto dal Regolamento per la sponsorizzazione di eventi formativi approvato con DDG 605/2017 Attività: - individuazione evento formativo da sponsorizzare previsto da PFA o altra attività extra Piano autorizzata dalla Direzione generale; - eventuale ricevimento di iniziative spontanee di sponsorizzazione da parte di terzi; - redazione e pubblicazione dell'avviso di sponsorizzazione; - verifica documentazione manifestazione di interesse ricevute; - scelta dello/degli sponsor: valutazione da parte del Dirigente del Laboratorio Formazione/commissione; - adozione provvedimento di aggiudicazione sponsor e relativa pubblicazione.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata programmazione conflitto di interessi		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO: M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE

Processo: M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1502 - individuazione di partner/ sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire il partner/sponsor stesso	**Misura di rotazione** 1447 - Rotazione dei componenti della Commissione valutatrice	**Responsabile della misura:** Direttore della Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Riduzione delle inferenze dei componenti della Commissione valutarice sponsor Piano: misura esistente Termine: 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Verbale di insediamento della Commissione=1 (S/N **2024**:Si) **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale rotazione dei componenti attuata sul totale delle commissioni nominate (Perc. **2024**:100,00%)
1503 - individuazione dei componenti commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1448 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione giudicatrice all'uopo nominati/ del Dirigente del Laboratorio formazione	**Responsabile della misura:** DIrigente Responsabile Laboratorio Formazione **Obiettivo, piano e termine misura:** Garantire l'imparzialità della procedura misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti la commissione giudicatrice/Direttore Laboratorio Formqazione sul totale delle procedure di sponsorizzazione avviate. Target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)
1504 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1449 - Misura di Trasparenza: pubblicazione dell'avviso di sponsorizzazione e delle risultanze della procedura selettiva	**Responsabile della misura:** Direttore della Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Pubblicazione avviso sponsorizzazione e risultanze procedura selettiva. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1505 - iter processo di sponsorizzazione non attuato in tempo utile per l'accreditamento ECM con conseguente mancato accreditamento ECM e sospensione dell'erogazione dell'evento formativo	**Misura di controllo** 1450 - Monitoraggio avanzamento processo attraverso il Documento Organizzativo - sezione 2 principali step di avanzamento SCS7_Mod_027_rev00_Principali_Step_	**Responsabile della misura:** Direttore SCS4 **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Piano: monitoraggio avanzamento processo Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** validazione step realizzazione corso (Mod 27) =1 (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO — **M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE**

Processo	**M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**174 - Stipula ed esecuzione del contratto di sponsorizzazione**		
Fase	ESECUZIONE DEL CONTRATTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17		
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	**Responsabile**	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Attività: - redazione e stipula del contratto tra le parti secondo il format ECM (Manuale Nazionale di Accreditamento per l'erogazione di eventi ECM) e del "Regolamento per la sponsorizzazione degli eventi formativi" dell'IZSVe (DDG 605 del 21/12/2017) - pubblicazione del contratto nel sito Agenas (ECM) - esecuzione del contratto in conformità a quanto stipulato		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1500 - mancato rispetto delle clausole contrattuali e delle regole poste dall`Accordo Stato Regioni al fine di procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1445 - intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - verifica dell'osservanza delle disposizioni contrattuali e analisi gradimenti discenti	**Responsabile della misura:** Responsabile Laboratorio Sviluppo delle Professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire l'imparzialità dell'evento formativo da influenze dello sponsor Piano: - verifica corretta esecuzione del contratto da parte dello sponsors - analisi dei questionari di gradimento dei discenti per verificare il rispetto dell'imparzialità dei contenuti tecnico scientifici rispetto agli interessi commerciali dello sponsor. Misura di mantenimento Termine: 31.12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** report analisi dei gradimenti espressi dai discenti per ciascun corso sponsorizzato. Target 100% (S/N **2024**:Si) **Indicatori di monitoraggio della misura:** verifica corretta attuazione delle clausole contrattuali. Target 100% (S/N **2024**:Si)
1501 - assenza di controlli per garantire che la formazione sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali	**Misura di trasparenza** 1446 - Trasparenza: pubblicazione del contratto nel sito web di Agenas se l'evento formativo è ECM	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio formazione e sviluppo delle Professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire l'imparzialità del processo in ottemperanza alle disposizioni delle linee guida del manuale ECM per i provider Piano: misura esistente Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** N. sponsorizzazioni/N. pubblicazioni = 1. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO: M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE

Processo	**M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA**
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**147 - Verifica del progetto con riguardo ai requisiti richiesti dal bando ed alla normativa di riferimento, predisposizione documentazione di progetto per partecipare al bando/concorso e trasmissione del progetto e della documentazione all`ente finanziatore per**
Fase	PROGETTAZIONE
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,50
Struttura	RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE — Responsabile: Capelli Gioia
Descrizione processo e relative fasi	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento regole poco chiare regole facilmente interpretabili mancata informatizzazione

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1486 - Errata compilazione della documentazione o mancata predisposizione documentazione importante con rischio di potenziale perdita del finanziamento con mancato introito da parte dell`ente		**Indicatori:**
1487 - Mancata o irregolare verifica istruttoria - valutazione dei requisiti errata con rischio di non assegnazione fondi	**Misura di formazione** 1435 - Formazione specialistica su tematiche di competenza della struttura laddove il personale non è adeguatamente preparato o le regole di gestione risultano nuove/cambiate	**Responsabile della misura:** Direzione Sanitaria - UO Ricerca e Cooperazione internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: mantenere alto il livello di conoscenze e competenze sulla gestione dei progetti così da limitare gli errori in fase di rendicontazione **Indicatori di monitoraggio della misura:** Almeno n. 1 webinar/corso seguito da almeno 1 persona dell'Ufficio sulla gestione delle ricerche nell'arco dell'anno (S/N **2024**:Si)
	Misura di controllo 1436 - Duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto (firma congiunta, dirigente e funzionario)	**Responsabile della misura:** DIRETTORE SANITARIO - Responsabile UO ricerche **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire la corretta predisposizione della documentazione istruttoria a fronte delle particolari e specifiche regole e procedure previste dal bando o dall'iter specifico di presentazione dei progetti e piani di ricerca Piano: duplice controllo nell'istruttoria Termine: in tempi antecedenti la presentazione del progetto scadenza misura 31.12.2024 **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di istruttorie valutate congiuntamente(firma congiunta dirigente - funzionario) su totale progetti. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1488 - Mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento		**Indicatori:**

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO: M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE

Processo	**M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**148 - Predisposizione del progetto di ricerca da parte del responsabile scientifico**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,40		
Struttura	RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	Responsabile	Capelli Gioia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli regole facilmente interpretabili eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1489 - Individuazione di partner / sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire partner e/o sponsor stesso	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1437 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico	**Responsabile della misura:** Direzione sanitaria- UO ricerca e Cooperazione internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** acquisizione dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico (progetti ove IZSVe è capofila e/o coordinatore) misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale dichiarazioni acquisite su totale progetti di ricerca ove IZSVe è capofila o coordinatore. target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)
1490 - Presentazione di un progetto di ricerca non originale; impostazione metodologica del progetto non corretta	**Misura di controllo** 1438 - Attività di referaggio da parte di personale esterno non coinvolto nel progetto di ricerca.	**Responsabile della misura:** Direzione sanitaria - UO ricerca e cooperazione internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Evitare il rischio di presentazione di un progetto di ricerca non originale, impostazione metodologica non corretta Piano: misura già esistente Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. attività di referaggio / n. segnalazioni pervenute n. progetti di ricerca / n. attività di referaggio. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**144 - Gestione delle attività, monitoraggio dei budget di progetto, autorizzazione alla spesa .**		
Fase	ESECUZIONE DEL PROGETTO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,60		
Struttura	RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	Responsabile	Capelli Gioia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE**

Processo **M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1484 - Inefficiente allocazione delle risorse con rischio di danno economico per l'ente per mancato introito delle somme assegnata in sede di approvazione progetto - errata verifica dei costi comportante chiusura della ricerca con residui rilevanti	**Misura di controllo** 1433 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti, documentazione - monitoraggio continuo dei budget di progetto	**Responsabile della misura:** Direzione Sanitaria - UO Ricerca e Cooperazione Internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: monitoraggio continuo dei budget di progetto Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** monitoraggio dei budget di progetto. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)
1485 - mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento	**Misura di informatizzazione dei processi** 1434 - Informatizzazione del processo - Utilizzo di un gestionale per il monitoraggio delle attività progettuali	**Responsabile della misura:** Uo Ricerca e Cooperazione internazionale **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: tenere monitorate le scadenze e i budget al fine di inviare documenti/dati nei termini previsti nonché monitorare che le spese di progetto siano in linea con le previsioni di spesa approvate **Indicatori di monitoraggio della misura:** aggiornamento continuo del gestionale per monitoraggio scadenze e budget. Target 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**149 - Predisposizione rendicontazione economica, verifica residui finanziari e imputazione costi a bilancio**		
Fase	RENDICONTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 0,93		
Struttura	RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	**Responsabile**	Capelli Gioia
Descrizione processo e relative fasi			
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccesso di procedure		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1491 - errata verifica dei costi comportante chiusura della ricerca con residui rilevanti; mancata allocazione efficiente delle risorse con rischio di danno economico per l'ente per mancato introito delle somma assegnata in sede di approvazione progetto		**Indicatori:**
1492 - errata comunicazione dei dati e imputazione errata delle somme a bilancio		**Indicatori:**

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE**

Processo **M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1493 - mancata predisposizione della rendicontazione economica nei tempi previsti; perdita economica per l'Ente per mancato introito della somma stanziata per il progetto	**Misura di controllo** 1439 - Monitoraggio periodico della spesa, verifica della corretta imputazione al centro di costo.	**Responsabile della misura:** DIRETTORE SANITARIO - Responsabile UO Ricerche **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Garantire la corretta e puntuale rendicontazione e comunicazione dei costi di competenza al SEF. Piano: monitoraggio puntuale in base alla scadenza del progetto attraverso l`uso del sw di gestione progetti Termine: in tempi antecedenti la scadenza del progetto Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Report mensile Qlik o DB Server - presente S/N per ogni progetto. Target 100% (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	**N.02 - GESTIONE ANALISI ESIGENZE FORMATIVE**
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - Programmazione formazione interna ed esterna.** **INPUT: fabbisogni formativi; OUTPUT: pubblicazione PFA nel sito web aziendale, nel sito del Ministero della Salute (Agenas) e nella intranet.** **Acquisizione delle esigenze di formazione dei dipendenti interni e dei clienti esterni e traduzione in eventi formativi**
Fase	PROGRAMMAZIONE
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI — **Responsabile** Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Acquisizione delle esigenze di formazione dei dipendenti interni e dei clienti esterni e traduzione in eventi formativi attività: - Analisi dei fabbisogni formativi del personale interno attraverso il coinvolgimento della Direzione Strategica e il personale (Referenti per la Formazione); indicazioni da stakeholder istituzionali e Direzione Strategica per la formazione destinata all'utenza esterna - Validazione del Piano Formativo Annuale (PFA) da parte del Comitato Scientifico per la Formazione - Pubblicazione nel sito aziendale del PFA e, nel sito del Ministero della Salute (Agenas), per gli eventi formativi per i quali è previsto l`accreditamento ECM con specifica nel caso di sponsorizzazione
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancata programmazione

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1391 - definizione di fabbisogni non rispondenti a bisogni reali e criteri di efficienza/efficacia (non rispondenza alle esigenze dell'utente) al fine di avvantaggiare determinati soggetti interni o esterni	**Misura di controllo** 1316 - Riesame periodico delle indicazioni, in termini di esigenze formative, provenienti dalle diverse fonti	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile Laboratorio Formazione Sviluppo delle Professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: monitorare le reali esigenze formative e la realizzazione delle diverse iniziative pianificate o da pianificare (eventuali Fori Piano dettate da situazioni di emergenza/urgenza) Piano: redazione riesame periodico con cadenza quadrimestrale Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** almeno n. 3 riesami /anno (Num2. **2024**:3,00)
	Misura di controllo 1317 - RIesami periodici	**Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: verificare l'andamento della pianificazione e valutare eventuali interessi commerciali attraverso i giudizi espressi dai discenti (scheda gradimento) Piano: misura esistente Termine: 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Riesame periodico; target =3 (Num2. **2024**:3,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	**N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE**
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**187 - PROGETTAZIONE EVENTO FORMATIVO -INPUT: PFA - richiesta attivazione evento; OUTPUT:redazione curriculum formativo (CF).**
Fase	PROGETTAZIONE
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI — **Responsabile** Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	PROGETTAZIONE EVENTO FORMATIVO:INPUT: PFA / richiesta attivazione evento; OUTPUT: redazione curriculum formativo (CF). attività: 1) realizzazione delle attività formative previste nel PFA; 2) richiesta di attivazione evento per attività non previste dal PFA. Monitoraggio della reale necessità sulla base dei fabbisogni formativi e non allo scopo di favorire un fornitore/ docente esterno
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancata programmazione conflitto di interessi

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1512 - Conflitto interessi richiedente	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1455 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse verifica a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse - utilizzo software banca dati conflitti di interesse personale interno	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Piano: acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interesse misura già esistente, misura da attuare per quanto attiene al monitoraggio degli indicatori Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. controlli effettuati sulle dichiarazioni /n. dichiarazioni acquisite>10% (Perc. **2024**:30,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. dichiarazioni acquisite/n. resp. Scientifico=1 (Perc. **2024**:100,00%)
1513 - Iter di accreditamento ECM non attuato in tempo utile con conseguente mancato accreditamento ECM e sospensione dell`erogazione dell`evento formativo	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1456 - riesame periodico delle indicazioni, in termini di realizzazione delle attività e del rispetto della pianificazione, provenienti dalle diverse fonti	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Piano: redazione riesame periodico con cadenza almeno quadrimestrale Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** riesami periodici >=3 (Num2. **2024**:3,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1514 - Richiesta di attivazione evento formativo non programmata e in ritardo rispetto all'iter previsto con conseguente frammentazione delle procedure, ritardi, dispersione delle richieste nonchè difficoltà nel monitoraggio dei conflitti di interesse e rischio di favorire un docente/fornitore rispetto a un altro. Sovrastima delle esigenze o rappresentare la necessità di soluzioni non necessarie a favore di uno o più fornitori al fine di ottenere vantaggi illeciti mediante accordi collusivi con gli stessi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1457 - Riesame periodico delle attività svolte	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: Monitorare la realizzazione delle iniziative previste da PFA e le richieste di attivazione corsi Fuori Piano commisurate alle effettive esigenze Piano: redazione riesame periodico con cadenza almeno quadrimestrale Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** Riesami periodici >= 3 (Num2. **2024**:3,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**191 - Predisposizione materiale amministrativo e didattico relativo all`iniziativa formativa. Gestione accreditamento ECM; gestione discenti; gestione docenti**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17		
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	Responsabile	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Predisposizione materiale amministrativo e didattico relativo all`iniziativa formativa. Gestione amministrativa dell'accreditamento ECM nel portale Agenas del Ministero della Salute: gestione conflitti di interesse e finanziamenti esterni/sponsorizzazioni. Attività sotto controllo al fine di evitare la presenza in fase di divulgazione dell'iniziativa formativa di pubblicità di aziende che possano avere interessi commerciali a meno che non formalizzata da specifico contratto. Gestione partecipanti: registrazione iscrizioni tramite portale web; gestione liste di attesa partecipanti; verifica pagamento quota di iscrizione (se prevista). Attività sotto controllo per non favorire l'iscrizione di un partecipante a scapito di un altro; far partecipare un discente a titolo gratuito se non previsto in fase di progettazione (es. ospiti istituzionali). Gestione docenti: prevedere per ogni docente un sostituto di pari competenza in fase di progettazione al fine di verificare l'assenza di conflitti di interesse e/o attuare azioni di controllo dell'eventuale conflitto.		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1510 - Offrire vantaggi indebiti ad aziende con interessi commerciali (pubblicità in fase di divulgazione dell'iniziativa formativa non formalizzata) e/o a privati (favorire un partecipante a scapito di un altro).	**Misura di controllo** 1453 - Controlli a campione di: documenti di divulgazione iniziativa formativa; elenco presenti vs elenco iscritti; report conclusivo iniziativa formativa	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: monitoraggio delle attività e verifica corretta applicazione delle procedure in essere Piano: redazione riesame periodico con cadenza almeno quadrimestrale Termine: 31 dicembre **Indicatori di monitoraggio della misura:** Riesame periodico; target =3 (Num2. **2024**:2,00)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1511 - Sostituzione non programmata del docente con altro relatore esterno senza il rispetto del preavviso e delle procedure evitando così la possibilità della verifica del conflitto di interesse al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri	**Misura di controllo** 1454 - Riesame periodico delle attività, in termini di reclami e del rispetto della pianificazione provenienti dalle diverse fonti	**Responsabile della misura:** Direttore Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** **Indicatori di monitoraggio della misura:** Riesame periodico delle attività= almeno 3/anno Target=3 (Num2. **2024**:2,00) **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. corsi/n. report conclusivo=1 Target= 100% (Perc. **2024**:100,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**189 - Gestione dell'aula (anche virtuale) e monitoraggio del regolare svolgimento**		
Fase	EROGAZIONE/REALIZZAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 0,82		
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	Responsabile	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Verificare la corrispondenza tra discenti iscritti e presenti e la regolare frequenza per tutta la durata dell'iniziativa; Verificare l'assenza di qualsiasi forma di pubblicità per prodotti e/o aziende che possano avere interessi commerciali (tutor d'aula per i corsi residenziali e online sincroni; validazione materiale didattico/audio-video lezioni per i corsi online asincroni - FAD)		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di valori etici		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1508 - omessi o incompleti controlli in fase di registrazione delle presenze ai corsi, al fine di attribuire indebitamente crediti ECM a favore di alcuni soggetti	**Misura di controllo** 1452 - Presenza di un incaricato del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni in apertura e chiusura dell`evento formativo a verifica del corretto svolgimento delle attività.	**Responsabile della misura:** Dirigente Responsabile del Laboratori Formazione e Sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Presenza di un incaricato del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni in apertura e chiusura dell`evento formativo a verifica del corretto svolgimento delle attività. Verifica della documentazione consegnata in loco (corrispondenza firme in entrata e in uscita); corretta compilazione verifica di apprendimento (questionario o altro) e compilazione scheda gradimento evento Misura di mantenimento secondo la programmazione eventi **Indicatori di monitoraggio della misura:** Riesame periodico delle attività Target = almeno 3/anno (Num2. **2024** :3,00) **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. corsi/n. report conslusivo=1 Target=100% (Perc. **2024**:100,00%)
1509 - omessi o incompleti controlli durante l'espletamento dell'evento formativo per favorire la pubblicità di prodotti e aziende con interessi commerciali		**Indicatori:**

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	**N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**188 - CONFERIMENTO INCARICHI A DOCENTI ESTERNI: INPUT scheda progettazione evento - OUTPUT provvedimento conferimento incarico docenza;**		
Fase	SELEZIONE ESPERTI		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 1,17		
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	**Responsabile**	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	Il processo è finalizzato all'individuazione da parte del Responsabile scientifico dell'evento, dei docenti che interverranno all'evento formativo e al conferimento dell'incarico di docenza, secondo le modalità stabilite nel "Regolamento per l`istituzione e il funzionamento dell`Albo docenti dell`Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie" (DDG N. 584 del 23/12/2016). Attività: - Predisposizione e pubblicazione nel mese di gennaio di un avviso pubblico per la raccolta di interesse da parte di esperti al fine di implementare e aggiornare l`Albo docenti da utilizzarsi per docenze ai corsi di formazione organizzati dall'IZSVe; - redazione da parte del responsabile scientifico della scheda di progettazione evento ove viene data evidenza della modalità di scelta del docente tra gli esperti iscritti all'Albo docenti (o delle motivazioni sottese al ricorso di esperti fuori dallAlbo) - dichiarazione del Responsabile Scientifico, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito alla scelta dei docenti non sussistono conflitti di interesse.		
Storico cause degli eventi rischiosi	conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1506 - Distorsione delle procedure per l'acquisizione di servizi formativi volta a procurare indebiti vantaggi ad alcuni operatori economici		**Indicatori:**
1507 - individuazione del responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese del settore sanitario o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1451 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del Responsabile scientifico dell'evento formativo e verifica a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse - utilizzo software banca dati conflitti di interesse personale interno	**Responsabile della misura:** Direttore della Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire l'imparzialità del processo Piano: acquisizione dichiarazioni assenza conflitti di interesse responsabile scientifico per ciascun evento formativo, verifica a campione (almeno il 30%) delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse personale interno mediante banca dati aziendale conflitti di interesse Termine misura: 31/12 **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale controlli effettuati sulle dichiarazioni /n. dichiarazioni acquisite >= 30% (Perc. **2024**:30,00%) **Indicatori di monitoraggio della misura:** n. dichiarazioni acquisite/n. resp. Scientifico=1. Target 100% (Perc. **2024**: 100,00%)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	**N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**01 - ANALISI DEI FABBISOGNI E PREDISPOSIZIONE DOCUMENTAZIONE TECNICA CAPITOLATI DI GARA**		
Fase	PROGETTAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,00		
Struttura	SI - SERVIZIO INFORMATICA	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Definizione dei fabbisogni per l'approvvigionamento di beni e servizi informatici; Predisposizione della documentazione tecnica necessaria e trasmissione agli uffici competenti per l'espletamento delle procedure di acquisizione		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio di potere o decisionale eccessiva discrezionalità conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1421 - possibile indirizzamento delle scelte per favorire specifici fornitori	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1351 - revisione della documentazione/ capitolati tecnici da parte di soggetti diversi	**Responsabile della misura:** Dirigente Servizio Informatica **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: evitare di favorire un fornitore nella stesura delle caratteristiche tecniche del capitolato Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale di documenti tecnici revisionati da due soggetti diversi rispetto al totale di documenti redatti . valore atteso: 80% (Perc. **2024**:80,00%)
	Misura di trasparenza 1352 - utilizzo prioritario del canale MEPA e/o delle convenzioni CONSIP	**Responsabile della misura:** Dirigente Servizio Informatica **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: evitare di effettuare acquisti su canali che non favoriscano la trasparenza della procedura di acquisto Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** percentuale in valore (euro) di acquisti effettuati attraverso mepa e/o convenzioni consip rispetto al totale degli acquisti. valore atteso: 90% (Perc. **2024**:90,00%)
	Misura di sensibilizzazione e partecipazione 1353 - rotazione dei fornitori sull'acquisto di beni e servizi informatici ricorrenti	**Responsabile della misura:** dirigente servizio informatica **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: evitare di effettuare acquisti ricorrenti selezionando i medesimi fornitori Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Evidenziare la rotazione dei fornitori di beni e servizi informatici ricorrenti. valore atteso: sì (S/N **2024**:Si)

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo	**N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI**

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**02 - VERIFICA CONFORMITA' FORNITURA**		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 2,70		
Struttura	SI - SERVIZIO INFORMATICA	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Verifica delle modalità di esecuzione del contratto e dei livelli di servizio. Redazione certificato di conformità e regolari esecuzioni		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio di potere o decisionale conflitto di interessi		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1422 - condizionamento/ inadempimento nella verifica degli obblighi contrattuali	**Misura di controllo** 1354 - controlli periodici sulla corretta esecuzione del contratto/avanzamento lavori	**Responsabile della misura:** Dirigente Servizio Informatica **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: garantire la corretta esecuzione del contratto Misura di mantenimento **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale di verifiche effettuate rispetto al numero complessivo di liquidazioni. Valore atteso 90% (Perc. **2024**:90,00%)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**03 - GESTIONE CREDENZIALI E PERMESSI**		
Fase	EROGAZIONE/REALIZZAZIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 3,50		
Struttura	SI - SERVIZIO INFORMATICA	**Responsabile**	Ricci Antonia
Descrizione processo e relative fasi	Gestione delle credenziali e dei permessi per gli utenti interni/esterni; fase acquisizione della richiesta da parte dell'utente verifica dei requisiti attribuzione dei permessi/ruoli revoca degli stessi quando non più necessari		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli monopolio delle conoscenze		

Piano anticorruzione 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO **N - AREE ULTERIORI**

Processo **N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI**

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1423 - attribuzione di accessi/ permessi anche in assenza di autorizzazione o mancanza di rimozione di tali permessi	**Misura di controllo** 1355 - controllo a campione delle abilitazione attribuite ai fornitori al fine di evitare accessi non autorizzati o eccedenti rispetto ai limiti previsti	**Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: controlli a campione delle abilitazioni attribuite agli utenti con verifiche a campione dei requisiti previsti, al fine di evitare accessi non autorizzati o eccedenti rispetto ai limiti previsti e porre in essere eventuali azioni correttive **Indicatori di monitoraggio della misura:** Percentuale delle utenze in capo ai fornitori verificate durante l'anno. Target: 10% annuo (Perc. **2024**:10,00%)
	Misura di controllo 1356 - Verifica delle nuove nomine di Amministratore di sistema interni	**Responsabile della misura:** dirigente Servizio Informatica **Obiettivo, piano e termine misura:** Obiettivo: verificare la presenza della nomina di Amministratore di sistema per gli utenti con privilegi elevati Termine misura: 31.12.2023 **Indicatori di monitoraggio della misura:** (Perc. **2024**: 100,00%)

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.01 - PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
04 - Analisi del fabbisogno del personale e Programmazione triennale e annuale dell'organico dell'ente (dalla raccolta delle esigenze alla definizione dell'organico). Fase ACQPERS. 1.PROGRAMMAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1413 - definizione di una fabbisogno di personale non rispondente a criteri di efficenza/efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1342 - Aggiornamento dei documenti di programmazione di acquisizione del personale (piano assunzioni, dotazione organica e posti vacanti)	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Definizione del profilo candidato/i e approvazione bando di concorso/selezione - input: fabbisogno; output: approvazione e pubblicazione bando di concorso/selezione. Fase ACQPERS. 2.PROGETTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1414 - Alterazione di procedure di scelta e gestione scorretta degli istituti previsti al fine di favorire un candidato	**Misura di controllo** 1343 - Verifica della progettazione dei profili e dei requisiti contenuti nella richiesta di concorso/selezione, in fase istruttoria prima di procedere all'iter autorizzativo che porterà all'approvazione del bando	
02 - Verifica sussistenza requisiti di ammissibilità ed espletamento prove concorsuali: attività-costituzione della commissione Fase ACQPERS. 3.SELEZIONE CANDIDATI *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1415 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	**Misura di controllo** 1344 - Coinvolgimento di almeno due collaboratori della Struttura Risorse Umane nella verifica della sussistenza dei requisiti di ammissibilità dei candidati al concorso e formalizzazione degli ammessi con provvedimento **Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1345 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE COMPONENTI COMMISSIONE	
03 - valutazione dei candidati: valutazione delle prove Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1416 - distorsione di procedure di selezione/concorso e gestione scorretta degli istituti normativi e contrattuali di acquisizione del personale al fine di favorire determinati candidati	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1346 - STANDARDIZZAZIONE DEL PROCESSO: predeterminazione dei criteri di valutazione da parte della commissione prima dello svolgimento delle prove dandone atto nei verbali	
04 - Approvazione degli atti della Commissione e approvazione della graduatoria Fase ACQPERS. 5.VERIFICA E STIPULA CONTRATTO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1417 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1347 - Trasparenza - ottemperanza agli adempimenti di trasparenza previsti dal d.lgs. 33/2013 - Approvazione graduatorie con delibera e successivi adempimenti in tema di trasparenza	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.03 - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
09 - autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale previa richiesta del dipendente. Fase ULTERIORI. 7.MONITORAGGIO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1459 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1395 - Pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente di tutti gli incarichi comunicati	
		Misura di controllo 1396 - Verifica degli incarichi extraistituzionali soggetti a comunicazione - verifica annuale della pubblicazione nell'anagrafe delle prestazioni dei dipendenti pubblici degli incarichi autorizzati soggetti a tale adempimento.	
		Misura di informatizzazione dei processi 1397 - gestione delle richieste tramite utilizzo di sistema informatizzato (intranet) per la fase autorizzativa contenente il modulo informatizzato di dichiarazione assenza conflitti di interessi	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
06 - Definizione dell`ammontare provvisorio dei fondi contrattuali dell`anno di riferimento Fase ACQPERS. 1.PROGRAMMAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1456 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1392 - Esplicitazione dei criteri di costituzione dei fondi nei documenti di formalizzazione dell`ammontare dei fondi La correttezza dei riferimenti normativi utilizzati per la costituzione dei fondi e citati nei relativi provvedimenti viene verificata dall'Ufficio legale dell'Istituto. Partecipazione di più soggetti al processo di costituzione dei fondi: operatori e dirigente del servizio SGRU, con il supporto della direzione amministrativa. Il provvedimento viene inviato al Collegio dei Revisori per la certificazione dei fondi.	
07 - Monitoraggio della spesa sui fondi contrattuali mediante verifiche periodiche in corso d'anno e in occasione del bilancio consuntivo Fase ACQPERS. 11.MONITORAGGIO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1457 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1393 - elaborazione e redazione di un documento di rendicontazione della spesa sui fondi e relativi residui al 31.12 dell'anno precedente, in occasione del bilancio consuntivo.	
08 - Stipula di accordi con le organizzazioni sindacali in merito all`utilizzo delle risorse destinate alla contrattazione integrativa Fase ACQPERS. 6.GESTIONE DEL RAPPORTO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1458 - non corretta applicazione in sede di contrattazione integrativa di norme contrattuali e/o legislative al fine di agevolare determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1394 - In sede di trattativa sindacale, a seguito di sigla della preintesa, redazione di documenti tecnici a supporto della presentazione della preintesa ai revisori dei conti per il controllo di legittimità, propedeutico alla formalizzazione dell'accordo.	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.05 - SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA SANITARIA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Costituzione della Commissione giudicatrice Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1424 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1357 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE	

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.06 - PROCEDURA DI RILEVAZIONE DEI CONTROLLI EFFETTUATI DALLA SCA1
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
21 - gestione dei controlli sulle variazioni relative al rapporto di lavoro del personale: inquadramento giuridico, trattamento economico e fiscale, trasferte e altri aspetti legati alla presenza in servizio. Fase ACQPERS. 11.MONITORAGGIO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1461 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari o di altre variazioni non corrette del rapporto giuridico dei dipendenti	**Misura di controllo** 1399 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti, documenti - Creazione di una griglia, validata nell`ambito del sistema qualità (SGRU ELE 004), con l`elenco dei controlli preventivi e successivi alle elaborazioni stipendiali effettuati dal Servizio con cadenza mensile.	

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.07 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
24 - Valutazione di prima istanza Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1462 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di formazione** 1400 - Formazione del personale incaricato della valutazione per aggiornamento in merito ai nuovi criteri previsti dal regolamento di valutazione di cui è prevista l'approvazione nel corso dell'anno 2024.	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.08 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE ANNUALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
25 - Valutazione di prima istanza Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1467 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della valutazione (es. predeterminazione dei criteri di valutazione) al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di formazione** 1406 - Formazione del personale incaricato della valutazione per aggiornamento in merito ai nuovi criteri previsti dal regolamento di valutazione di cui è prevista l'approvazione nel corso dell'anno 2024.	

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
35 - Regolarizzazione rilevazione attraverso presentazione di giustificativo Fase ACQPERS. 8.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1463 - Ritardo o omissione nella rilevazione delle presenze al fine di alterare la presenza in servizio	**Misura di controllo** 1401 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - controlli sistematici sulle richieste di tutto il personale anche con il supporto dei referenti individuati nell'ambito della struttura di appartenenza	

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.10 - GESTIONE DEL LAVORO AGILE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
54 - Monitoraggio lavoro agile Fase ACQPERS. 6.GESTIONE DEL RAPPORTO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1454 - mancati o incompleti controlli al fine di riconoscere benefici e vantaggi impropri ai dipendenti	**Misura di controllo** 1390 - Intensificazione dei controlli - Verifiche a campione sul corretto utilizzo di istituti contrattuali	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
18 - Analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione delle Centrali Fase CONTRATTI. 4.VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE STIPULA DEL CONTRATTO *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1468 - mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione alla convenzione, allo scopo di rendere necessarie acquisizioni di urgenza autonome e frazionare articifiosamente il bisogno	**Misura di controllo** 1407 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: verifiche trimestrali contratti in scadenza **Misura di regolamentazione** 1408 - Approvazione programmazione annuale nei termini di legge	
19 - Varianti in corso di esecuzione Fase CONTRATTI. 5.ESECUZIONE DEL CONTRATTO *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1469 - approvazione modifiche contrattuali non corrispondenti a reali fabbisogni o che modificano sostanzialmente i prodotti/servizi aggiudicati dalle centrali di committenza	**Misura di sensibilizzazione e partecipazione** 1409 - FORMAZIONE SPECIALISTICA SU TEMATICHE DI COMPETENZA DELLA STRUTTURA **Misura di trasparenza** 1410 - Rafforzamento set dati oggetto di pubblicazione ai sensi art. 29 d.lgs. 50/2016 s.m.i. - fase esecuzione contratto: Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	
20 - Verifica di conformità Fase CONTRATTI. 6.RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1470 - mancata o insufficiente verifica regolare esecuzione	**Misura di controllo** 1411 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: controlli sulle dichiarazioni di verifica di conformità del DEC	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.21 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
17 - Analisi fabbisogno finalizzato alle procedure di acquisto Fase ACQPERS. 1.PROGRAMMAZIONE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1479 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	**Misura di trasparenza** 1427 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12: pubblicazione atti di programmazione	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.22 - PROGETTAZIONE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
21 - Elaborazione degli atti di gara e indizione gara Fase CONTRATTI. 2.PROGETTAZIONE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1471 - Induzione ad indicare bisogni e/o requisiti minimi e/o criteri di valutazione alterati per favorire operatori specifici	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1470 - PROCEDURE PNRR - PNC ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1412 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del progettista	
	1472 - elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	**Misura di rotazione** 1471 - Rotazione degli operatori economici affidatari di forniture e servizi	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
40 - Indizione e ammissione alla gara Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1473 - Ammissione concorrenti non in possesso dei requisiti richiesti	**Misura di controllo** 1413 - Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	
		Misura di controllo 1414 - intensificazione dei controlli procedure di gara	
		Misura di trasparenza 1415 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 - Pubblicazione determina a contrarre	
41 - Valutazione tecnica e apertura offerte economiche Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1474 - alterazione della valutazione qualitativa da parte della commissione giudicatrice/esperto tecnico per favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1416 - Rafforzamento set dati oggetto di pubblicazione ai sensi art. 29 d.lgs. 50/2016 s.m.i. - fase selezione del contraente: tempestiva pubblicazione della composizione della commissione giudicatrice e dei curricula dei suoi componenti, in conformità a quanto previsto dall'art 29 d.lgs. 50/2016	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1417 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti la commissione giudicatrice	
42 - Redazione graduatoria e verifica requisiti Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1475 - Mancata o incompleta verifica dei requisiti ex art. 80	**Misura di controllo** 1418 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE - intensificazione controlli sulle verifiche art. 80	
		Misura di trasparenza 1419 - Pubblicazione provvedimento di aggiudicazione	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.24 - CONTRATTI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
48 - Stipula, esecuzione e rendicontazione Fase CONTRATTI. 5.ESECUZIONE DEL CONTRATTO *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1476 - carenza o inadeguatezza attività di controllo sulla regolare esecuzione delle prestazioni dell'appaltatore al fine di perseguire interessi diversi da quelli della stazione appaltante	**Misura di trasparenza** 1472 - Trasparenza delle procedure PNRR - PNC	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1420 - Acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitto di interesse del Direttore dell'Esecuzione del Contratto.	
		Misura di controllo 1421 - intensificazione controlli a campione su attività del DEC contratti servizi sopra soglia	
		Misura di trasparenza 1422 - Pubblicazione dei provvedimenti relativi alla fase di esecuzione	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.25 - MAGAZZINO E LOGISTICA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
50 - Gestione Parco Auto Fase CONTRATTI. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1478 - utilizzo fraudolento della Fuel Card finalizzato a procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1424 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: controlli semestrali a campione sull'utilizzo delle fuel card	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.26 - GESTIONE CASSA ECONOMALE DELLA SEDE CENTRALE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
43 - Gestione dei movimenti di cassa economale Fase CONTRATTI. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA*	1418 - utilizzo di giustificativi fasli/fittizi per ottenere rimborsi spese per cassa non dovuti e quindi indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1348 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: controlli a campione su documentazione attestante il movimento/ pagamento delle minute spese economali	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.29 - PROGRAMMAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Analisi del fabbisogno finalizzato alle procedure di acquisto di lavori, servizi e forniture Fase CONTRATTI. 1.PROGRAMMAZIONE *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1376 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	**Misura di controllo** 1295 - Intensificazione dei controlli - verifica periodica degli scostamenti tra le procedure di gara previste e programmate nei primi mesi dell'anno e le procedure effettivamente avviate nel corso dell'anno	
		Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1296 - utilizzo di una cartella condivisa per il monitoraggio delle scadenze contrattuali	
		Misura di trasparenza 1297 - Misura di trasparenza - pubblicazione annuale del programma triennale dei lavori e dell'elenco annuale dei lavori.	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Elaborazione degli atti di gara e indizione della gara Fase CONTRATTI. 2.PROGETTAZIONE *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1377 - nomina del progettista in rapporto di contiguità con imprese o privo di requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1476 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1298 - acquisizione della dichiarazione assenza conflitti di interesse del progettista	
	1378 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1477 - ACQUISIZIONE DICHIAZIONI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1299 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse del RUP	
	1379 - mancata alternanza nel ruolo di progettista	**Misura di rotazione** 1300 - Rotazione nella nomina del progettista	
	1380 - abuso o violazione della normativa sulla determinazione della stima del valore dell'appalto, sull' individuazione della procedura di affidamento e/o del criterio di scelta dell'aggiudicatario o di attribuzione del punteggio, al fine di favorire determinati operatori economici;	**Misura di controllo** 1301 - Duplice valutazione e condivisione dei documenti progettuali da parte di più soggetti con ruoli differenti	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Indizione della gara Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1381 - mancanza di trasparenza nelle informazioni afferenti la procedura di gara al fine di favorire determinati operatori economici	**Misura di trasparenza** 1302 - pubblicazione nel sito committente dell'Istituto di tutta la documentazione di gara	
	1382 - mancata applicazione dei principi di concorrenzialità e rotazione, in assenza di giustificate motivazioni	**Misura di rotazione** 1480 - Rotazione degli operatori economici affidatari di lavori e servizi	
02 - Ammissione partecipanti Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1383 - Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara	**Misura di regolamentazione** 1304 - Attuazione linee guida interne di carattere metodologico - fissazione dei termini per la ricezione delle offerte tenendo conto della complessità dell'appalto	
03 - Gestione delle operazioni di valutazione delle offerte Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1384 - nomina di componenti della commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1305 - VERIFICA DEL POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSI NELLA BANCA DATI "CONFLITTO DI INTERESSI"	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1306 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti interesse per ciascun componente commissione giudicatrice	
		Misura di trasparenza 1307 - Trasparenza . pubblicazione curricula dei componenti commissione giudicatrice in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente	

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Verifica, aggiudicazione e stipula del contratto Fase CONTRATTI. 4.VERIFICA DELL'AGGIUDICAZION E STIPULA DEL CONTRATTO *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1385 - alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	**Misura di controllo** 1308 - check list sui controlli effettuati sul possesso dei requisiti prescritti per legge dell'operatore economico aggiudicatario	
	1386 - Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari	**Misura di trasparenza** 1479 - Pubblicazione dei documenti e delle dichiarazioni previste dalla normativa relative alle procedure PNRR - PNC su apposita sezione dedicata in Profilo del committente presente nel sito internet IZSVe.	
		Misura di trasparenza 1309 - Misura di trasparenza - pubblicazione nel profilo committente del provvedimento di affidamento / aggiudicazione dell'appalto	
	1387 - immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva o nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	**Misura di trasparenza** 1310 - Misura di trasparenza: rafforzamento delle informazioni contenute nel provvedimento con indicazione delle motivazioni del ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva o nella stipula del contratto dandone comunicazione immediata all'interessato	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	B - CONTRATTI PUBBLICI	Processo	B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Esecuzione del contratto Fase CONTRATTI. 5.ESECUZIONE DEL CONTRATTO *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1388 - nomina del collaudatore in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo di idonei e adeguati requisiti volti ad assicurare la terzietà e indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1311 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del collaudatore/componenti commissione di collaudo	
		Misura di trasparenza 1312 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	
	1389 - mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali e/o la risoluzione del contratto e/o determinare un ingiustificato pagamento anticipato e/o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	**Misura di controllo** 1313 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione -acquisizione dal DEC delle note/ relazioni periodiche su svolgimento del contratto	
		Misura di trasparenza 1314 - Misura di trasparenza. pubblicazione dati e documenti relativi alla fase di esecuzione del contratto previsti dalla normativa vigente	
02 - Rendicontazione del contratto Fase CONTRATTI. 6.RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO *SCST - SERVIZIO TECNICO*	1390 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi al fine di procurare indebiti vantaggi	**Misura di trasparenza** 1315 - Pubblicazione Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	

AREA DI RISCHIO	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Processo	C.02 - TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - gestione progetti formativi Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1455 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	**Misura di regolamentazione** 1391 - Attuazione della procedura prevista per l'attivazione del Tirocinio e condivisione dei documenti con i Direttori di Struttura	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Processo	C.04 - PERMESSI RETRIBUITI A VARIO TITOLO CON RILASCIO DI CERTIFICAZIONE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
13 - Gestione assenze per permessi - presentazione istanza Permessi Retribuiti da parte del lavoratore, con approvazione del dirigente responsabile. Fase PROVVAMPL. 5.GESTIONE DEL RAPPORTO *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1460 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	**Misura di informatizzazione dei processi** 1398 - Informatizzazione del processo istruttorio e/o utilizzo di un gestionale e della mail per la gestione ed il controllo dell'attività	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Processo	C.05 - GESTIONE PRIVACY
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - assistenza al Titolare nei rapporti con il Garante e nei rapporti con altri soggetti Pubblici/Privati interni ed esterni per gli adempimenti e nell'applicazione degli adempimenti previsti dal GDPR e Raccordo tra Titolare e DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati) Fase ACQPERS. 9.ISTRUTTORIA *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1375 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	**Misura di controllo** 1294 - duplice valutazione struttura - DPO sulle casistiche in materia di privacy	
03 - Predisposizione e acquisizione della modulistica relativa alla privacy per il tipo di attività istituzionale svolta rilevante dal punto di vista della privacy Fase ACQPERS. 9.ISTRUTTORIA *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1412 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	**Misura di controllo** 1341 - sottoposizione della modulistica in materia di privacy al DPO esterno (Responsabile della Protezione dei dati) nel caso di variazioni o di nuovi documenti	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Processo	D.01 - CONFERIMENTO BORSE DI STUDIO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
90 - Valutazione e aggiornamento elenco idonei. Fase ACQPERS. 3.SELEZIONE CANDIDATI *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1464 - Costituzione irregolare della commissione per l`individuazione degli idonei per le borse di studio, finalizzata a favorire candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1402 - Acquisizione della modulistica relativa al conflitto di interesse e all'incompatibilità a seguito della nomina della Commissione nel rispetto dei criteri previsti dal Regolamento vigente	

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.10 - GESTIONE ADEMPIMENTI FISCALI, PREVIDENZIALI E TRIBUTARI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
105 - predisposizione dichiarazioni fiscali nel rispetto della normativa fiscale Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1402 - Non corretta applicazione della normativa fiscale al fine di ridurre l'imponibilità e non corretta applicazione delle imposte finalizzata all'evasione fiscale	**Misura di controllo** 1330 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: verbalizzazione da parte del collegio dei revisori della corretta presentazione delle dichiarazioni	

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.11 - BILANCIO DI PREVISIONE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
106 - Predisposizione bilancio di previsione attraverso la rilevazione dei costi e dei ricavi previsionali nel rispetto della normativa di bilancio Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1403 - non corretta rappresentazione della programmazione economica delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1331 - Verifiche sulla gestione contabile–patrimoniale delle risorse.	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.12 - BILANCIO D'ESERCIZIO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
107 - Predisposizione bilancio d'esercizio Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1404 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1332 - Verifiche sulla gestione contabile–patrimoniale delle risorse.	

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.13 - CICLO ATTIVO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
108 - Fatture a clienti Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1405 - Omissione totale/parziale della fatturazione al fine di favorire un cliente	**Misura di controllo** 1333 - sistema di controlli interni: controllo di regolarità contabile . intensificazione controlli su fatture emesse	
109 - Gestione del credito Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1406 - errato stralcio dei crediti per il quali non è stata correttamente seguita la procedura di recupero	**Misura di controllo** MG025 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - controllo Collegio dei revisori	
		Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1334 - attuazione del Regolamento interno - invio sollecito per importi >= € 100 e azione legale per importi >= a € 500	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.14 - CICLO PASSIVO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
110 - Fatture da fornitori. Registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture ai fornitori Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1407 - mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento	**Misura di controllo** 1336 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	
	1408 - artificioso frazionamento delle somme da pagare ai fornitori allo scopo di evitare il controllo equitalia	**Misura di controllo** 1337 - Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	
111 - Pagamento stipendi. Registrazione, liquidazione e pagamento degli stipendi Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1409 - errore nell'identificazione del dipendente al quale effettuare il controllo di equitalia da parte della GPI (outsourcing)	**Misura di trasparenza** 1338 - Adozione di misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari - Controllo degli importi degli stipendi che superano il limite per i controlli Equitalia	
112 - Gestione servizi economali della sede e rendicontazione mensile Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1410 - irregolare utilizzo del fondo o alterazione dei documenti di spesa	**Misura di controllo** 1339 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: casse economali	

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.15 - GESTIONE PATRIMONIO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
113 - Beni mobili di proprietà. Utilizzo beni mobili di proprietà, assegnati alle strutture/custodia e tutela dei beni assegnati Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO*	1411 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	**Misura di controllo** 1340 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Processo	E.16 - CONTRATTI DI LOCAZIONE (ATTIVI / PASSIVI) E CONTRATTI DI COMODATO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
51 - Predisposizione/verifica ed approvazione schema di contratto di locazione/comodato immobili ad uso non abitativo e contratti di comodato beni mobili Fase ENTPAT. 2.PROGETTAZIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1427 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	**Misura di controllo** 1360 - duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto e verifica degli atti da parte dell'UO Legale	
52 - Stipula e gestione contratto di locazione /comodato immobile ad uso non abitativo e contratto di comodato beni mobili Fase ENTPAT. 5.ESECUZIONE DEL CONTRATTO *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1428 - Liquidare/incasso di somme non dovute o non corrette	**Misura di controllo** 1361 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti. Attuazione di controlli che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari (verifica preventiva della documentazione: contratto, ordine, bolle, fatture) ai fini della liquidazione delle somme dovute con duplice controllo se punto ordinante e liquidatore coincidono.	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	F - CONTROLLI	Processo	F.02 - BUDGETING
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
107 - raccolta obiettivi di budget gestionale dalle strutture proponenti Fase CONTROLLI. 1.ESECUZIONE/ GESTIONE *COGE - CONTROLLO DI GESTIONE*	1515 - Omessi o incompleti controlli per procurare indebiti vantaggi/agevolare determinati soggetti		
	1516 - accordi collusivi volti a predisporre obiettivi automaticamente raggiungibili e procurare indebiti vantaggi		
	1517 - Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.	**Misura di informatizzazione dei processi** 1460 - INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO ISTRUTTURIO E/O UTILIZZO DI UN GESTIONALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI	
235 - raccolta ed attestazione finale del raggiungimento degli obiettivi di budget gestionale Fase CONTROLLI. 1.ESECUZIONE/ GESTIONE *COGE - CONTROLLO DI GESTIONE*	1518 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi finalizzati proc0urare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** MG015 - verifica finale sulla completezza delle informazioni in valutazione caricate, comprensiva di richiesta di eventuale documentazione a supporto e calcolo automatico del risultato raggiunto dalle singole strutture	
236 - verifiche quadrimestrali sulla completezza delle informazioni in monitoraggio caricate e gestione eventuali rinegoziazione Fase CONTROLLI. 1.ESECUZIONE/ GESTIONE *COGE - CONTROLLO DI GESTIONE*	1519 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo stato avanzamento obiettivi	**Misura di controllo** MG015 - verifiche quadrimestrali sulla completezza delle informazioni in monitoraggio caricate e gestione eventuali rinegoziazione	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	F - CONTROLLI	Processo	F.04 - GESTIONE TARIFFE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
109 - Calcolo dei costi di produzione di prestazioni analitiche finalizzato alla sostenibilità economica Fase CONTROLLI. 1.ESECUZIONE/ GESTIONE *COGE - CONTROLLO DI GESTIONE*	1419 - Omissione dei controlli di merito	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** MG039 - calcolo dei costi di produzione per nuove tariffe o per tariffe da revisionare sulla base dei consumi tecnici indicati dalla struttura richiedente e verifica correttezza dati	
110 - Predisposizione del Tariffario delle prestazioni dell'IZSVe per la pubblicazione Fase CONTROLLI. 1.ESECUZIONE/ GESTIONE *COGE - CONTROLLO DI GESTIONE*	1420 - mancata/ritardata pubblicazione al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1350 - misura di trasparenza per rendere maggiormente fruibili le informazioni - pubblicazione tariffario sul sito web istituzionale	

AREA DI RISCHIO	G - INCARICHI E NOMINE	Processo	G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
109 - Predisposizione e pubblicazione dell`avviso per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, per attività di studio, consulenza, ricerca Fase INCNOM. 2.PROGETTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1465 - Mancata sussistenza dei presupposti generali di legittimità dell'attivazione della procedura e predisposizione di avvisi di selezione con requisiti non in linea con la specifica normativa	**Misura di controllo** 1403 - Verifica della richieste di conferimento di incarico con riferimento ai requisiti previsti dalla normativa specifica e dal regolamento interno vigente, mediante check di tali elementi nel modulo di richiesta appositamente predisposto	
110 - Selezione dei candidati e stipula contratto Fase INCNOM. 3.SELEZIONE CANDIDATI *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1466 - individuazione del dirigente che effettua la valutazione in rapporto di contiguità con i candidati concorrenti o privo di idonei ed adeguati requisiti volti ad assicurarne terzietà ed indipendenza	**Misura di trasparenza** 1404 - Acquisizione e pubblicazione dichiarazione di cui all'art. 15 co. 1 lett. c) D.Lgs 33/2013 (svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali)	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1405 - Acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto d`interesse/incompatibilità	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	G - INCARICHI E NOMINE	Processo	G.02 - CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA PTA E DI STRUTTURA SEMPLICE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Costituzione della Commissione di Valutazione/ Direttore di Area valutatore Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1425 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1358 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del Direttore di Area che effettua la valutazione/ Commissione valutatrice	
	1426 - mancata o irregolare verifica del possesso dei requisiti professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire al fine di reclutare candidati particolari	**Misura di trasparenza** 1359 - acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità	

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.01 - ASSISTENZA, RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO COMPRESO RECUPERO CREDITO VANTATO DALL`ENTE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
111 - Ricezione atto giudiziale e conferimento mandato Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI*	1480 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1428 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse da parte del legale interno e/o esterno	
		Misura di trasparenza 1429 - Misura di trasparenza - aggiornamento e pubblicazione dell'elenco degli avvocati per conferimento di incarichi esterni	
113 - Studio della pratica, redazione atti giudiziari e gestione dell`intera fase processuale/esecutiva Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI*	1481 - gestione del contenzioso al fine di avvantaggiare alcune parti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1430 - standardizzazione del processo: compilazione di una check list procedurale	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.02 - GESTIONE DELLA FASE DI PRECONTENZIOSO E STRAGIUDIZIALE E GESTIONE ACCORDI TRANSATTIVI, FORMULAZIONE DI RISPOSTE A RECLAMI, ESPOSTI, DIFFIDE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
114 - Ricezione della nota di contestazione/atto da contestare e redazione atti di precontenzioso Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI*	1482 - Gestione di parte della fase precontenziosa/stragiudiziale al fine di avvantaggiare alcune parti e/o proposizione di transazioni svantaggiose o fittizie allo scopo di avvantaggiare soggetti terzi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1431 - standardizzazione del processo. Compilazione della check list procedurale	

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.03 - PREDISPOSIZIONE E FORMULAZIONE DI PARERI SU RICHIESTA DELLE DIREZIONI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
117 - ricezione della richiesta interna e redazione e trasmissione del parere Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI*	1483 - proporre un parere che porti all`adozione di atti o azioni svantaggiose allo scopo di avvantaggiare soggetti terzi	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1432 - CODICE DI COMPORTAMENTO: OBBLIGO DI ASTENSIONE - ART.7 DPR 62/13 COMUNICAZIONE ASTENSIONE PER PRESENZA CONFLITTI DI INTERESSE	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.19 - Gestione archivio
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
43 - Gestione richieste conferimento/consultazione documenti conservati in archivio Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1448 - smarrimento documenti	**Misura di controllo** 1381 - monitoraggio delle richieste di consultazione dei documenti/fascicoli e della documentazione consegnata in visione	
44 - Selezione e scarto della documentazione conservata presso l'archivio storico Fase ULTERIORI. 7.MONITORAGGIO *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1449 - elusione delle regole e delle procedure previste per le attività di scarto	**Misura di controllo** 1382 - controllo finalizzato a selezione correttamente la documentazione che ha maturato i tempi minimi di scarto (Dirigente Sagat e archivista)	

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.20 - Gestione dei documenti nel sistema di protocollo informatico
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
45 - Ricezione, registrazione e smistamento documenti cartacei/digitali in entrata/uscita Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1429 - omessa o errata protocollazione per favorire o svantaggiare determinati soggetti		
	1430 - manomissione del documento; ritardo degli adempimenti di registrazione; elusione delle procedure di svolgimento delle attività di registrazione; rivelazione di notizie riservate/violazione del segreto d'ufficio	**Misura di informatizzazione dei processi** 1362 - Informatizzazione processi: decentralizzazione del protocollo in uscita	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.21 - Contratti di contributo alla ricerca
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
27 - Ricezione richiesta, predisposizione ed approvazione schema contratto di contributo alla ricerca Fase AFFLEG.4.VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/ CONVENZIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1431 - errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti al fine di favorire (o sfavorire) l'istante	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1363 - Acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto di contributo alla ricerca.	
		Misura di controllo 1364 - Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte	
	1432 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		
	1433 - stipula/revisione convenzione/contratto con clausole difformi dal format contrattuali	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1365 - Rispetto delle clausole tipo presenti nei format contrattuali standard all'uopo predisposti	
28 - Stipula e gestione contratto di contributo alla ricerca Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1434 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1366 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.22 - ACCORDI DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI EX ART. 15 L. 241/90
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
29 - Ricezione/invio richiesta stipula, verifica/predisposiz. ed approvazione schema accordo di collaborazione/ convenzioni/ accordi quadro tra enti pubblici ex art. 15 L.241/90. Fase AFFLEG.4.VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/ CONVENZIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1435 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1367 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico	
		Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1368 - rispetto delle clausole tipo contenute nei format in uso presso la struttura per la stipula di accordi di collaborazione/convenzioni	
	1436 - definizione di accordo di collaborazione non conforme ai fini istituzionali ma finalizzato alla realizzazione di altri interessi		
30 - Stipula e gestione accordo di collaborazione/ convenzione/ acc. quadro tra enti pubblici ex art. 15 L.241/90 Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1437 - Inosservanza di regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità	**Misura di trasparenza** 1369 - Pubblicazione elenco provvedimenti relativi agli accordi stipulati nella sezione Amministrazione Trasparente	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
25 - Ricezione richiesta, predisposizione ed approvazione schema contratto per prestaz. a pagamento cd. "semplici" o "complesse". Fase AFFLEG.4.VERIFICA E STIPULA CONTRATTO/ CONVENZIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1438 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1370 - standardizzazione del processo: rispetto delle clausole tipo presenti nei format in uso presso la struttura per la stipula dei contratti	
		Misura di controllo 1371 - duplice verifica con UO Legale delle clausole contrattuali per le quali la controparte richiede modifiche sostanziali	
	1440 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1373 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto per prestazioni cd. "semplici" o "complesse".	
	1441 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		
26 - Stipula e gestione contratti per prestazioni a pagamento cd. "semplici" o "complesse" Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1442 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1374 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
23 - Ricezione della richiesta di convenzione, predisposizione ed approvazione dello schema di convenzione per prestazioni a pagamento previste a tariffario. Fase AFFLEG. 2.PROGETTAZIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1443 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1375 - acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente la convenzione con sconto a tariffario	
	1444 - stipula di contratto/convenzione con clienti insolventi per procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1376 - intensificazione controlli: acquisizione dalla SCA3 SEF della verifica regolare posizione contabile del cliente richiedente la stipula della convenzione per prestazioni a tariffario	
	1445 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	**Misura di controllo** 1377 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione: Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte	
		Misura di controllo 1378 - DUPLICE VALUTAZIONE ISTRUTTORIA DEL DIRIGENTE E DEL FUNZIONARIO PREPOSTO (FIRMA CONGIUNTA, DIRIGENTE E FUNZIONARIO)	
		Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1379 - Rispetto delle clausole tipo presenti nei format contrattuali standard all'uopo predisposti	
	1446 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari		
24 - Stipula e gestione convenzione per prestazioni a pagamento previste a tariffario Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1447 - ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei contratti	**Misura di controllo** 1380 - Utilizzo di cartelle condivise dell'ufficio ad aggiornamento continuo recante lo stato dell'arte delle istruttorie in corso, i contratti stipulati, le scadenze e i responsabili scientifici	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
37 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso documentale Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1450 - distorsione delle procedure di valutazione circa l'ammissibilità della richiesta di accesso al fine di favorire o sfavorire il soggetto richiedente	**Misura di regolamentazione** MG031 - monitoraggio termini procedimentali e attuazione del Regolamento interno	
		Misura di trasparenza 1384 - Trasparenza: accesso civico semplice, generalizzato e accesso agli atti: invio dei dati relativi alle richieste di accesso documentale gestite dalla struttura ai fini implementazione/aggiornamento del registro degli accessi nella sezione Amministrazione trasparente e pubblicazione in qualità di RPCT del registro con cadenza semestrale	
38 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico semplice Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1451 - tarditvità negli adempimenti	**Misura di trasparenza** 1385 - Trasparenza: accesso civico semplice , generalizzato e accesso gli atti: pubblicazione, in qualità di RPCT con cadenza semestrale del registro degli accessi nella sezione amministrazione trasparente	
		Misura di regolamentazione 1386 - attuazione del Regolamento interno per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico, ``semplice`` e ``generalizzato`` ai dati, alle informazioni e ai documenti prodotti o detenuti dall'IZSVe approvato con DDG 660/2018	
39 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico generalizzato Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1452 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	**Misura di controllo** 1387 - Monitoraggio tempi procedimentali ai sensi art. 24, c. 2 d.lgs. 33/13. Rispetto dei termini e delle previsioni indicate nel Regolamento interno adottato con DDG 660/2018	
		Misura di trasparenza 1388 - Trasparenza: accesso civico semplice, accesso generalizzato e accesso agli atti - implementazione/ aggiornamento dei dati di competenza della struttura da inserire nel registro accessi nella sezione amministrazione trasparente con cadenza semestrale e pubblicazione del registro n qualità di RPCT	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Processo	H.26 - GESTIONE POLIZZE ASSICURATIVE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
47 - gestione sinistri; liquidazione premi assicurativi e di regolazione entro le scadenze contrattuali previste; rapporti con broker assicurativo e compagnie assicurative Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE *SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA*	1453 - Ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei sinistri e per il pagamento dei premi per favorire/sfavorire determinati soggetti	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1389 - Utilizzo all'interno dell'ente di banche dati specifiche per realizzazione controlli incrociati, condivisione di informazioni ecc- Condivisione attraverso risorse di rete, della documentazione relativa alle attività in corso. Implementazione di una banca dati/scadenziario con indicazione sinistri aperti , liquidati e non liquidati	

AREA DI RISCHIO	I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA	Processo	I.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'autorità sanitaria pubblica
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi - accettazione ed esecuzione analisi Fase PRESTSAN. 5.ESECUZIONE/ GESTIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1392 - abuso per favorire soggetti particolari al fine di perseguire interessi privati con scambio di campioni in laboratorio/alterazioni campioni	**Misura di controllo** 1319 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati	
	1393 - alterazione volontaria del campione per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico con accesso ai dati relativi al campione - mancanza/inefficacia sistemi IT	**Misura di formazione** MG021 - formazione del personale sulla gestione del risk management	
		Misura di rotazione 1320 - Misura alternativa alla rotazione	
	1394 - abuso per favorire determinati soggetti tramite erogazione gratuita di analisi di secondo livello (analisi derivate) non comprese nel pacchetto diagnostico	**Misura di controllo** 1321 - verifica periodica da parte dei DSC, in ambito diagnostico, dei cruscotti Qlik del rispetto del pacchetto diagnostico di analisi derivate per ciascuna sindrome	
02 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di autorità sanitaria - refertazione Fase AREAIST. 7.REFERTAZIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1400 - Irregolarità in fase di elaborazione dei dati, di analisi dei dati, di valutazione dei dati	**Misura di controllo** 1328 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	
	1401 - abuso per favorire determinati soggetti tramite omessa notifica all'autorità sanitaria delle malattie infettive/patogeni alimentari per il quale sussiste l'obbligo di segnalazione	**Misura di controllo** 1329 - verifica in sede di audit interno dell'omessa notifica all'autorità sanitaria delle malattie infettive/patogeni alimentari per i quali sussiste l'obbligo di segnalazione	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA	Processo	I.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/ SOPRALLUOGHI: attività di supporto, consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di soggetti pubblici
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
02 - Attività di consulenza, supporto, pareri e sopralluoghi su richiesta di enti pubblici Fase AREAIST. 5.ESECUZIONE/ GESTIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1499 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue	**Misura di controllo** 1444 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame di direzione del monitoraggio delle missioni	

AREA DI RISCHIO	L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	Processo	L.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione prestazioni di laboratorio su istanza volontaria del richiedente (operatori economici/professionisti/ consumatori)
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di privati - accettazione ed esecuzione analisi Fase PRESTSAN. 5.ESECUZIONE/ GESTIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1395 - vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	**Misura di controllo** 1323 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati	
	1396 - alterazione volontaria del campione per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico con accesso ai dati relativi al campione - mancanza/inefficacia sistemi IT	**Misura di formazione** MG021 - formazione del personale sulla gestione del risk management	
		Misura di rotazione 1324 - misure alternative alla rotazione	
	1397 - abuso per favorire soggetti particolari; ritorno economico; conflitto di interessi	**Misura di controllo** 1325 - verifica periodica da parte dei DSC, in ambito diagnostico, dei cruscotti Qlik del rispetto del pacchetto diagnostico di analisi derivate per ciascuna sindrome	
02 - Processo analitico - Gestione del campione da sottoporre ad analisi su richiesta di privati - refertazione Fase PRESTSAN. 6.GESTIONE DELL'ESITO *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1494 - Vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (ad es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	**Misura di controllo** 1440 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	Processo	L.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/ SOPRALLUOGHI: erogazione attività di consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di privati
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
143 - attività di consulenza/ pareri/sopralluoghi su richiesta di privati Fase PRESTSAN. 5.ESECUZIONE/ GESTIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1495 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue (es. favorire un soggetto particolare per l'attività di consulenza/sopralluogo)	**Misura di controllo** 1441 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame struttura del monitoraggio delle missioni	

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.01 - PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DA FONDI PUBBLICI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PUBBLICI - progettazione Fase RICSPON. 1.PROGETTAZIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1398 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	**Misura di regolamentazione** 1326 - attuazione delle linee guida per la presentazione di progetti di ricerca corrente disponibili nella intranet aziendale	
02 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PUBBLICI - RENDICONTAZIONE SCIENTIFICA Fase RICSPON. 7.RENDICONTAZIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1399 - distrazione fondi/trarre vantaggio personale durante la gestione del progetto attraverso risultati scientifici inventati/alterati; attività non corrispondenti al progetto	**Misura di formazione** 1327 - Incontro formativo rivolto agli stakeholder interni ed esterni nel quale vengono presentati i risultati dei progetti di ricerca conclusi	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.02 - PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA FINANZIARI DA FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
154 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE - FASE ANALITICA/ SPERIMENTALE Fase RICSPON. 5.ESECUZIONE DEL PROGETTO *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1496 - alterazione volontaria degli esiti per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico; mancata inmparzialità	**Misura di controllo** 1442 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (riemissioni dei rapporti di prova) non motivate	
155 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE - RENDICONTAZIONE SCIENTIFICA FINALE Fase RICSPON. 7.RENDICONTAZIONE *0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali*	1497 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1443 - presentazione alla Direzione, in sede di riesame di struttura, della rendicontazione dell'attività di ricerca commissionata da terzi	
	1498 - Alterazione volontaria degli esiti per favorire / sfavorire un soggetto o per un ritorno economico		

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.04 - FORMAZIONE INDIVIDUALE SPONSORIZZATA E PARTECIPAZIONE COME RELATORE/DOCENTE AD EVENTI SPONSORIZZATI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
183 - Ricevimento primo invito a cui segue avvio iter autorizzativo per formazione o partecipazione ad eventi sponsorizzati Fase ULTERIORI. 2.PROGETTAZIONE *SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE*	1520 - Conflitto di interessi	**Misura di regolamentazione** 1464 - Attuazione delle linee guida per la gestione dell'invito di formazione individuale sponsorizzata e di docenza sponsorizzata	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
174 - Stipula ed esecuzione del contratto di sponsorizzazione Fase RICSPON. 6.ESECUZIONE DEL CONTRATTO *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1500 - mancato rispetto delle clausole contrattuali e delle regole poste dall`Accordo Stato Regioni al fine di procurare indebiti vantaggi	**Misura di controllo** 1445 - intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - verifica dell'osservanza delle disposizioni contrattuali e analisi gradimenti discenti	
	1501 - assenza di controlli per garantire che la formazione sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali	**Misura di trasparenza** 1446 - Trasparenza: pubblicazione del contratto nel sito web di Agenas se l'evento formativo è ECM	
173 - procedura selettiva concorrenziale e/o recepimento di iniziative spontanee da parte di terzi Fase RICSPON. 1.PROGETTAZIONE *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1502 - individuazione di partner/sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire il partner/sponsor stesso	**Misura di rotazione** 1447 - Rotazione dei componenti della Commissione valutatrice	
	1503 - individuazione dei componenti commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1448 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione giudicatrice all'uopo nominati/ del Dirigente del Laboratorio formazione	
	1504 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di favorire determinati soggetti	**Misura di trasparenza** 1449 - Misura di Trasparenza: pubblicazione dell'avviso di sponsorizzazione e delle risultanze della procedura selettiva	
	1505 - iter processo di sponsorizzazione non attuato in tempo utile per l'accreditamento ECM con conseguente mancato accreditamento ECM e sospensione dell'erogazione dell'evento formativo	**Misura di controllo** 1450 - Monitoraggio avanzamento processo attraverso il Documento Organizzativo - sezione 2 principali step di avanzamento SCS7_Mod_027_rev00_Principali_Step_avanzamento	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
144 - Gestione delle attività, monitoraggio dei budget di progetto, autorizzazione alla spesa . Fase RICSPON. 5.ESECUZIONE DEL PROGETTO *RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE*	1484 - Inefficiente allocazione delle risorse con rischio di danno economico per l'ente per mancato introito delle somme assegnata in sede di approvazione progetto - errata verifica dei costi comportante chiusura della ricerca con residui rilevanti	**Misura di controllo** 1433 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti, documentazione - monitoraggio continuo dei budget di progetto	
	1485 - mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento	**Misura di informatizzazione dei processi** 1434 - Informatizzazione del processo - Utilizzo di un gestionale per il monitoraggio delle attività progettuali	
147 - Verifica del progetto con riguardo ai requisiti richiesti dal bando ed alla normativa di riferimento, predisposizione documentazione di progetto per partecipare al bando/concorso e trasmissione del progetto e della documentazione all`ente finanziatore per Fase RICSPON. 1.PROGETTAZIONE *RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE*	1486 - Errata compilazione della documentazione o mancata predisposizione documentazione importante con rischio di potenziale perdita del finanziamento con mancato introito da parte dell`ente		
	1487 - Mancata o irregolare verifica istruttoria - valutazione dei requisiti errata con rischio di non assegnazione fondi	**Misura di formazione** 1435 - Formazione specialistica su tematiche di competenza della struttura laddove il personale non è adeguatamente preparato o le regole di gestione risultano nuove/cambiate	
		Misura di controllo 1436 - Duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto (firma congiunta, dirigente e funzionario)	
	1488 - Mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento		
148 - Predisposizione del progetto di ricerca da parte del responsabile scientifico Fase RICSPON. 1.PROGETTAZIONE *RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE*	1489 - Individuazione di partner /sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire partner e/o sponsor stesso	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1437 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico	
	1490 - Presentazione di un progetto di ricerca non originale; impostazione metodologica del progetto non corretta	**Misura di controllo** 1438 - Attività di referaggio da parte di personale esterno non coinvolto nel progetto di ricerca.	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Processo	M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
149 - Predisposizione rendicontazione economica, verifica residui finanziari e imputazione costi a bilancio Fase RICSPON. 7.RENDICONTAZIONE *RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE*	1491 - errata verifica dei costi comportante chiusura della ricerca con residui rilevanti; mancata allocazione efficiente delle risorse con rischio di danno economico per l'ente per mancato introito delle somma assegnata in sede di approvazione progetto		
	1492 - errata comunicazione dei dati e imputazione errata delle somme a bilancio		
	1493 - mancata predisposizione della rendicontazione economica nei tempi previsti; perdita economica per l'Ente per mancato introito della somma stanziata per il progetto	**Misura di controllo** 1439 - Monitoraggio periodico della spesa, verifica della corretta imputazione al centro di costo.	

AREA DI RISCHIO	N - AREE ULTERIORI	Processo	N.02 - GESTIONE ANALISI ESIGENZE FORMATIVE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - Programmazione formazione interna ed esterna. INPUT: fabbisogni formativi; OUTPUT: pubblicazione PFA nel sito web aziendale, nel sito del Ministero della Salute (Agenas) e nella intranet. Acquisizione delle esigenze di formazione dei dipendenti interni e dei clienti esterni e traduzione in eventi formativi Fase ULTERIORI. 1.PROGRAMMAZIONE *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1391 - definizione di fabbisogni non rispondenti a bisogni reali e criteri di efficienza/efficacia (non rispondenza alle esigenze dell'utente) al fine di avvantaggiare determinati soggetti interni o esterni	**Misura di controllo** 1316 - Riesame periodico delle indicazioni, in termini di esigenze formative, provenienti dalle diverse fonti	
		Misura di controllo 1317 - RIesami periodici	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	N - AREE ULTERIORI	Processo	N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
188 - CONFERIMENTO INCARICHI A DOCENTI ESTERNI: INPUT scheda progettazione evento - OUTPUT provvedimento conferimento incarico docenza; Fase ULTERIORI. 6.SELEZIONE ESPERTI *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1506 - Distorsione delle procedure per l'acquisizione di servizi formativi volta a procurare indebiti vantaggi ad alcuni operatori economici		
	1507 - individuazione del responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese del settore sanitario o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e indipendenza	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1451 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del Responsabile scientifico dell'evento formativo e verifica a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse - utilizzo software banca dati conflitti di interesse personale interno	
189 - Gestione dell'aula (anche virtuale) e monitoraggio del regolare svolgimento Fase ULTERIORI. 4.EROGAZIONE/ REALIZZAZIONE *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1508 - omessi o incompleti controlli in fase di registrazione delle presenze ai corsi, al fine di attribuire indebitamente crediti ECM a favore di alcuni soggetti	**Misura di controllo** 1452 - Presenza di un incaricato del Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni in apertura e chiusura dell`evento formativo a verifica del corretto svolgimento delle attività.	
	1509 - omessi o incompleti controlli durante l'espletamento dell'evento formativo per favorire la pubblicità di prodotti e aziende con interessi commerciali		
191 - Predisposizione materiale amministrativo e didattico relativo all`iniziativa formativa. Gestione accreditamento ECM; gestione discenti; gestione docenti Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1510 - Offrire vantaggi indebiti ad aziende con interessi commerciali (pubblicità in fase di divulgazione dell'iniziativa formativa non formalizzata) e/o a privati (favorire un partecipante a scapito di un altro).	**Misura di controllo** 1453 - Controlli a campione di: documenti di divulgazione iniziativa formativa; elenco presenti vs elenco iscritti; report conclusivo iniziativa formativa	
	1511 - Sostituzione non programmata del docente con altro relatore esterno senza il rispetto del preavviso e delle procedure evitando così la possibilità della verifica del conflitto di interesse al fine di agevolare alcuni soggetti rispetto ad altri	**Misura di controllo** 1454 - Riesame periodico delle attività, in termini di reclami e del rispetto della pianificazione provenienti dalle diverse fonti	

Tabella delle misure 2024 - 2026

AREA DI RISCHIO	N - AREE ULTERIORI	Processo	N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
187 - PROGETTAZIONE EVENTO FORMATIVO -INPUT: PFA - richiesta attivazione evento; OUTPUT:redazione curriculum formativo (CF). Fase ULTERIORI. 2.PROGETTAZIONE *SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI*	1512 - Conflitto interessi richiedente	**Misura di disciplina del conflitto di interessi** 1455 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse verifica a campione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse - utilizzo software banca dati conflitti di interesse personale interno	
	1513 - Iter di accreditamento ECM non attuato in tempo utile con conseguente mancato accreditamento ECM e sospensione dell`erogazione dell`evento formativo	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1456 - riesame periodico delle indicazioni, in termini di realizzazione delle attività e del rispetto della pianificazione, provenienti dalle diverse fonti	
	1514 - Richiesta di attivazione evento formativo non programmata e in ritardo rispetto all'iter previsto con conseguente frammentazione delle procedure, ritardi, dispersione delle richieste nonchè difficoltà nel monitoraggio dei conflitti di interesse e rischio di favorire un docente/fornitore rispetto a un altro. Sovrastima delle esigenze o rappresentare la necessità di soluzioni non necessarie a favore di uno o più fornitori al fine di ottenere vantaggi illeciti mediante accordi collusivi con gli stessi	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1457 - Riesame periodico delle attività svolte	

AREA DI RISCHIO	N - AREE ULTERIORI	Processo	N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	**Rischio corruttivo effettivo**	**Misura**	
01 - ANALISI DEI FABBISOGNI E PREDISPOSIZIONE DOCUMENTAZIONE TECNICA CAPITOLATI DI GARA Fase ULTERIORI. 2.PROGETTAZIONE *SI - SERVIZIO INFORMATICA*	1421 - possibile indirizzamento delle scelte per favorire specifici fornitori	**Misura di semplificazione o organizzazione dei processi** 1351 - revisione della documentazione/capitolati tecnici da parte di soggetti diversi	
		Misura di trasparenza 1352 - utilizzo prioritario del canale MEPA e/o delle convenzioni CONSIP	
		Misura di sensibilizzazione e partecipazione 1353 - rotazione dei fornitori sull'acquisto di beni e servizi informatici ricorrenti	
02 - VERIFICA CONFORMITA' FORNITURA Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE *SI - SERVIZIO INFORMATICA*	1422 - condizionamento/inadempimento nella verifica degli obblighi contrattuali	**Misura di controllo** 1354 - controlli periodici sulla corretta esecuzione del contratto/avanzamento lavori	
03 - GESTIONE CREDENZIALI E PERMESSI Fase ULTERIORI. 4.EROGAZIONE/ REALIZZAZIONE *SI - SERVIZIO INFORMATICA*	1423 - attribuzione di accessi/permessi anche in assenza di autorizzazione o mancanza di rimozione di tali permessi	**Misura di controllo** 1355 - controllo a campione delle abilitazione attribuite ai fornitori al fine di evitare accessi non autorizzati o eccedenti rispetto ai limiti previsti	
		Misura di controllo 1356 - Verifica delle nuove nomine di Amministratore di sistema interni	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	adozione entro il 31 gennaio di ogni anno e pubblicazione entro 30 giorni dall'adozione della data di ogni aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 30 novembre responsabile RPCT	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data di pubblicazione in GURI/Bollettino Regionale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dirigente ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; UO legale e contenziosi; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni ; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati dott.ssa Sara Casarotto; dott. Stefano Affolati; avv. Cristina Gallo dr.ssa Grazia Manca; Direttore Generale dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT U.O. Supporto Organi Istituzionali	dott.ssa Giulia Ferriani dott.Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla data di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data di approvazione dello Statuto e dalla data di pubblicazione delle leggi regionali	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	SCA1 Risorse Umane;	dott.ssa Nadia Zorzan;	entro 30 giorni dalla data di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonchè l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016					
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)						
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	dati non pertinenti - vedi schema linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 ai sensi della Delibera ANAC n. 241/2017 e valutato l'ambito soggettivo di applicazione, la documentazione del Consiglio di Amministrazione è stata collocata nella sottostante sottosezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo"				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dllgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della delibera di Giunta Regionale/Provinciale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane;	dott.ssa Nadia Zorzan;	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane;	dott.ssa Nadia Zorzan;	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	a) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo ed entro 30 giorni dalla comunicazione di modifica/aggiornamento b)aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	a) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo ed entro 30 giorni dalla comunicazione di modifica/aggiornamento b)aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	obbligo non applicabile all'IZSve		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	antro il 31 dicembre	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	cessati dall'incarico	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della delibera di Giunta Regionale/Provinciale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	SCA1 Risorse Umane;	dott.ssa Nadia Zorzan;	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	SCA1 Risorse Umane;	dott.ssa Nadia Zorzan;	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	a) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo ed entro 30 giorni dalla comunicazione di modifica/aggiornamento b)aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	a) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo ed entro 30 giorni dalla comunicazione di modifica/aggiornamento b)aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	dato non pertinente				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	U.O. Supporto organi istituzionali e gestione atti	dott. Roberto Iannitti	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti				
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti				
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 - S.S Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali.	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 - S.S Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali.	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 - S.S Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali.	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Laboratorio Comunicazione e Servizi di Supporto	Direttore generale	entro 30 giorni dalla data di inserimento/modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla comunicazione alla Funzione Pubblica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; U.O. Servizio legale e contenziosi	Dott.ssa Roberto Iannitti; Dott.ssa Grazia Manca; avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	1) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo; 2) poi annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 31 dicembre	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla decorrenza dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	a)entro 30 giorni dalla decorrenza dell'incarico b) entro 30 giorni dal compimento di 12 mesi dalla data di rilascio della prima dichiarazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	1) entro 90 giorni dall'insediamento del nuovo organo; 2) poi annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla decorrenza dell'incarico ed entro 30 giorni dalla comunicazione di aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	1) entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico 2) poi annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 31 dicembre	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data di decorrenza dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	a)entro 30 giorni dalla decorrenza dell'incarico b) entro 30 giorni dal compimento di 12 mesi dalla data di rilascio della prima dichiarazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	1) entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico 2) poi annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione **Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016**	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla disponibilità nella dotazione organica di posti di funzione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 31 gennaio dell'anno successivo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 60 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 60 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il 31 marzo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 90 giorni dalla data di cessazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'attribuzione della posizione organizzativa e/o dalla comunicazione di aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla firma da parte del Collegio dei Revisori	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla firma da parte del Collegio dei Revisori	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	ogni anno entro il 31 gennaio	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro il mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 60 giorni dalla pubblicazione a livello nazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data del provvedimento di presa d'atto del contratto integrativo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data del provvedimento di presa d'atto del contratto integrativo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'accettazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'accettazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'accettazione dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali;	dott. Roberto Iannitti	entro 3 mesi dall'espletamento del concorso	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO supporto organi istituzionali	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO supporto organi istituzionali	dott. Roberto Iannitti	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dal provvedimento di costituzione dei fondi	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dal provvedimento di liquidazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento che prende atto dei contratti integrativi	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dal provvedimento di liquidazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dal provvedimento di liquidazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016	/				
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				Per ciascuno degli enti:						
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*l ink* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'IZSVe				
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
Enti controllati	Società partecipate			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione eaggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adesione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per ciascuno degli enti:		SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di conferimento incarico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di conferimento incarico e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adesione e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
				Per ciascuna tipologia di procedimento:						
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO Ricerca e Cooperazione Internazionale	dott.ssa Nadia Zorzan; dott.ssa Sara Casorotto; dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Antonia Ricci; dott.ssa Grazia Manca; dott.ssa Antonia Ricci; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico dott Giovanni Cattoli	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:						
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati dott.ssa Sara Casorotto; dott. Stefano Affolati; Direttore generale Direttore generale dott.ssa Grazia Manca; Direttore generale dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore Sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali **Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016**	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA2 Acquisti e Logistica; SCA3 Servizio Economico Finanziario; Servizio Tecnico; Servizio Gestione Sicurezza ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCS0 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casorotto; dott. Stefano Affolati; dott. Pozza Giandomenico; Direttore generale; dott.ssa Grazia Manca; Direttore Generale; dott.ssa Giulia Ferriani avv. Cristina Gallo Pozza Giandomenico Direttore sanitario	entro 30 giorni dalla data di assegnazione nuova tipologia di procedimento e/o modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico; SS Affari generali anticorruzione eTrasparenza	dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. **Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016**						
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico;	dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati;	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. **Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016**						
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative						

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016) **abrogato dall'art. 226 co 3 del d.lgs. n. 36/2023 a decorrere dal 01/07/2023**	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni;	dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Grazia Manca			come indicato nell'aggiornamento al PNA 2022 e nel'avviso ANAC del 05/01/2024 non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML contenente il riepilogo dei contratti in essere nell'anno precedente, né inviare entro il 31 gennaio ad ANAC via PEC la dichiarazione di avvenuta pubblicazione del file nella propria sezione Amministrazione Trasparente. Per i contratti conclusi entro il 2023 gli obblighi di pubblicazione dei dati in questione risulatno adempiuti pubblicando le informazioni di cui all'art. 4 della delibera ANAC n. 39/2016 in formato digitale standard aperto, secondo le modalità indicate dalla stessa delibera.
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni	dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Grazia Manca			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni	dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Grazia Manca			
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
				Per ciascuna procedura:						
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 ; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi nel dibattito pubbico -	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre o atto equivalente	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2,12,2016	Avvisi e bandi	**SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) **SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA** Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) **SETTORI SPECIALI** Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) **SPONSORIZZAZIONI** Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati;			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziata (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europe	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica;	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'mabito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016. I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di amminssione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	**SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA** Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 **SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA** Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) **SETTORI SPECIALI** Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)		SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attivita' di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati;			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SCA2 Acquisti e Logistica	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economoi nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, **in quanto compatibili,** ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati;			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	non pertinente				per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	SCA2 Acquisti; Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati			per la presente sottosezione per quanto non applicabile si fa riferimento all'allegato 1 alla delibera ANAC 264/2023 integrata con delibera 601/2023 (denominato allegato 3 bis)
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Per ciascun atto:						
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011 L'articolo 29, comma 2, del D.Lgs. n. 33 del 2013 stabilisce che le pubbliche amministrazioni pubblichino il Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio previsto dall'art. 19 del D.Lgs 31 maggio 2011, n. 91, al fine di illustrare gli obiettivi di spesa, misurarne i risultati e monitorarne l'effettivo andamento in termini di servizi offerti e interventi realizzati. Ai sensi dell'articolo 1 del D.Lgs. 31 maggio 2011, n. 91 gli enti del Servizio sanitario nazionale non sono tenuti ad adottare il Piano degli indicatori. Tuttavia, al fine di perseguire un alto livello di trasparenza, si pubblicano in questa sezione le relazioni del Direttore Generale al Bilancio Preventivo e al Bilancio Consuntivo.
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati	entro 30 giorni dalla notizia di variazione dati catastali e ricognizione annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SS Affari generali anticorruzione e trasparenza	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla sottoscrizione del contratto e ricognizione annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 31 gennaio o altra data indicata da ANAC con deliberazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data della relazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 Risorse Umane	dott.ssa Nadia Zorzan	entro 30 giorni dalla data di sottoscrzione degli atti	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dalla data della relazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario; U.O. Servizio Legale e contenziosi	dott.ssa Sara Casarotto Avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla ricezione del rilievo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Qualità	dott.ssa Paola Carnieletto	entro 30 giorni dalla data di adozione/modifica	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	U.O.Servizio Legale e contenziosi	Avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla data di notifica del ricorso	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	U.O.Servizio Legale e contenziosi	Avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla data di notifica della sentenza	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	U.O.Servizio Legale e contenziosi	Avv. Cristina Gallo	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UO Controllo di Gestione	Direttore generale	entro 30 giugno di ogni anno	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti. Per gli esami di laboratorio vedasi "tempi medi erogazione servizi"				

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	DIRGEN Laboratorio Comunicazione	Direttore generale	entro 30 giorni dall'elaborazione dei risultati delle rilevazioni	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dllgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dal trimenstre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dal trimenstre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di rifeirmento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dal trimenstre di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro il mese di aprile dell'anno successivo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti. Non è prevista nell'organizzazione dell'IZSVe il Nucleo di Valutazione e Verifica degli investimenti pubblici				
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento e aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati	ricognizione annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Tecnico	dott. Stefano Affolati	ricognizione annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonchè le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	obbligo non rientrante nell'ambito soggettivo di competenza				
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	obbligo non rientrante nell'ambito soggettivo di competenza				
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCS0 UO Ambiente	Dott. Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**dato non pertinente**				
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCS0 UO Ambiente	Dott. Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCS0 UO Ambiente	Dott. Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCS0 UO Ambiente	Dott. Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	**dato non pertinente**				
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Sicurezza SCS0 Uo ambiente	RSPP Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dato noon pertinente				
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti. Adempimento non applicabile all'IZSVe				
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti. Adempimento non applicabile all'IZSVe				

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA2 Acquisti e Logistica SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott. Stefano Affolati dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non pertinenti. Adempimento non applicabile all'IZSVe				
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA2 Acquisti e Logistica SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott. Stefano Affolati dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	art. 99 DL 18/2020 - sostegno emergenza covid
Altri contenuti	**Prevenzione della Corruzione**	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di nomina	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dal provvedimento di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro il 15 dicembre o altra data disposta da ANAC	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'adozione provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dalla data dell'atto di accertamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		art. 15, co. 3 DPR n. 62/2013 delibera ANAC n. 177 del 19,2,2020	monitoraggio sull'attuazione del Codice di Comportamento	Esisti del monitoraggio annuale del RPTC sull'attuazione del Codic e di Comportamento	Annuale	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 31 gennaio	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Altri contenuti	**Accesso civico**	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'atto di nomina	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Giulia Ferriani	aggiornamento annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	**Responsabili della trasmissione**: ciascuna struttura aziendale secondo l'ambito di propria competenza: SCA1 Risorse Umane ; SCA3 Servizio Economico Finanziario; SCA2 Acquisti e Logistica; Servizio Tecnico; UO Servizio legale e contenziosi; SCS4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; SCS0 UO Ingegneria Clinica, UO Ambiente, SS Accettazione; SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza; RPCT **Responsabile della pubblicazione**: RPCT	dott.ssa Nadia Zorzan; dott.ssa Sara Casorotto; dott. Stefano Affolati; dott. Stefano Affolati; Avv. Crstina Gallo dott.ssa Manca Grazia; dott. Pozza Giandomenico dott.ssa Giulia Ferriani	entro 30 giorni dall'aggiornamento semestrale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Altri contenuti	**Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati**	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Servizio Informatica SCS4 Epidemiologia Veterinaria	Direttore generale dott.ssa Grazia Manca	entro 30 giorni da ogni aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Servizio Informatica	Direttore generale	entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Responsabile Transizione Digitale SCA1 Risorse Umane	Responsabiel Transizione Digitale Dott.ssa Nadia Zorzan	ogni anno entro il 31 marzo e entro 30 giorni dalla data di aggiornamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Altri contenuti	**Dati ulteriori**	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	**censimento autovetture** - elenco autovetture di servizio	annuale	SCA2 Acqusti e Logistica	dott. Stefano Affolati	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				contratti assicurativi: contratti assicurativi per responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (art. 10, comma 4 Legge 8/3/2017 n. 24	annuale	Servizio Affari generali Anticorruzione e Trasparenza	dott.sa Giulia Ferriani	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				sinistri in materia di responsabilità professionale per rischio sanitario: elenco dei risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (art. 4, comma 3 Legge 8/3/2017 n. 24);	annuale	Servizio Affari generali Anticorruzione e Trasparenza	dott.sa Giulia Ferriani	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
				Progetti di ricerca - informazioni sui progetti nazionali, internazionali o regionali in cui è stato coinvolto l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) - **link al sito**	annuale	Servizio Affari generali Anticorruzione e Trasparenza	dott.sa Giulia Ferriani	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO 3 SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione**	**nominativo del dirigente responsabile della struttura**	**termine di scadenza per la pubblicazione**	**monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**	**note**
				Attuazione misure PNRR - informazioni relative alle attività finanziate da PNRR	tempestivo	Servizio Affari generali Anticorruzione e Trasparenza UO ricerche e cooperazione internazionale	dott.sa Giulia Ferriani dott. Giovanni Cattoli	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

ALLEGATO 3 BIS SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO 2024-2026 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023
ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"
Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti

ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE

Denominazione sotto-sezione I livello	Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 *Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo* (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	SCA2 Gare Servizio tecnico	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT

PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023

PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI

Fase	Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento	Note	Dirigente della struttura respnsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione

SOTTO-SEZIONE "Bandi di gara e contratti"	**Pubblicazione**	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione deii documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offert	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure		SCA2 Gare Servizio tecnico
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	L'ANAC, la Pesidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022 La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica	SCA2 Gare Servizio tecnico
		Art. 215 e ss. *e* All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico

	Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo		SCA2 Gare Servizio tecnico

ALLEGATO N. 4 ALLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2024-2026

WHISTLEBLOWING POLICY
PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI ILLECITI E DELLE IRREGOLARITA'

FINALITÀ E AMBITO APPLICAZIONE

Il D.Lgs. 10.03.2023, n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23.10.2019 disciplina la protezione delle persone che segnalano violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato di cui siano venute a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

La finalità del presente documento è quella di fornire informazioni sulle modalità, le procedure ed i presupposti per effettuare le segnalazioni in IZSVe, garantendo libertà di espressione e di informazione e contrasto alla cattiva amministrazione, a tutela dell'interesse pubblico e dell'integrità dell'Istituto.

Il presente documento è stato elaborato nel rispetto delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n. 24/2023, tenuto conto delle indicazioni e dei principi, in quanto applicabili, espressi dall'ANAC nelle Linee Guida approvate con Delibera n. 311/2023.

1. Chi può presentare la segnalazione

La persona segnalante – *whistleblower* – è la persona fisica che segnala, o divulga tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone, ovvero che denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile, violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuto a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo.

Sono, pertanto, legittimate a segnalare le persone che operano nel contesto lavorativo dell'IZSVe, in qualità di:

- dipendenti dell'IZSVe e dipendenti di altre amministrazioni pubbliche, delle autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione, di enti pubblici economici, di società in controllo pubblico, degli enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, delle società in *house*, degli organismi di diritto pubblico o dei concessionari di pubblico servizio che prestano servizio presso l'IZSVe in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe;
- lavoratori autonomi, compresi lavoratori con contratto d'opera, lavoratori esercenti professioni intellettuali con obbligo di iscrizione in appositi albi o elenchi, prestatori d'opera intellettuale, lavoratori con rapporto di collaborazione di cui all'art. 409 del c.p.c., lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, che svolgono la propria attività lavorativa presso l'IZSV*e*;
- lavoratori o collaboratori di soggetti del settore pubblico o privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'IZSVe;
- liberi professionisti e consulenti che prestano la propria attività presso l'IZSVe;
- volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'IZSVe (inclusi i dottorandi);
- persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso l'IZSVe. Si pensi, ad esempio, ai componenti degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), o ai componenti del Consiglio di amministrazione e del Collegio dei revisori ecc..

Quando si può segnalare:

Le segnalazioni possono essere effettuate:

- quando il rapporto giuridico è in corso;
- durante il periodo di prova;
- quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato, se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;
- successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico, se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite prima dello scioglimento del rapporto stesso (pensionati).

2. Campo di applicazione ed elementi della segnalazione

L'IZSVe disciplina e gestisce solo le segnalazioni di **condotte, attive o omissive, illecite di cui la persona segnalante sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo**.
Le condotte illecite segnalate devono essere riconducibili alle violazioni espressamente previste dal legislatore – si veda successivo punto 3 - e la segnalazione deve rispondere alla salvaguardia dell'interesse pubblico e dell'integrità dell'IZSVe.
La valutazione della sussistenza di tale interesse spetta al Responsabile delle prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) dell'IZSVe.
La segnalazione deve possedere i seguenti requisiti:

- la persona segnalante deve essere uno dei soggetti di cui al punto 1;
- deve avere ad oggetto violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'IZSVe;
- la persona segnalante deve essere venuta a conoscenza dei fatti segnalati nell'ambito del proprio contesto lavorativo. Ad esempio, fatti appresi in virtù dell'ufficio rivestito e notizie acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, sia pure in modo casuale;
- deve essere effettuata secondo uno delle modalità previste al punto 4.

Elementi minimi della segnalazione
La segnalazione deve contenere i seguenti elementi:

- generalità del segnalante, con l'indicazione dei dati di contatto;
- una esaustiva descrizione dell'episodio e dei fatti oggetto di segnalazione;
- circostanze di tempo e di luogo ove si sono svolti i fatti oggetto di segnalazione;
- generalità del segnalato o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati;
- se conosciuti, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni;
- ogni altra informazione e documenti che possano fornire un utile riscontro circa la reale sussistenza di quanto segnalato.

È utile allegare documenti o file multimediali che possano fornire elementi di fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

Le segnalazioni anonime
Le **segnalazioni** prive delle generalità della persona segnalante sono **anonime** e verranno trattate come segnalazioni ordinarie, solo se adeguatamente circostanziate. Il segnalante anonimo non beneficia delle misure di protezione disposta dal D.Lgs. n. 24/2023.
Alla persona segnalante, successivamente identificata e che ha subito ritorsioni in ragione della segnalazione, si applicano le tutele previste per il *whistleblower*.

3. Oggetto della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia

La persona segnalante può effettuare segnalazioni aventi ad oggetto comportamenti, atti od omissioni, che **ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'IZSVe.**
Le violazioni che possono essere segnalate devono consistere in:
violazioni delle disposizioni nazionali:

a) illeciti amministrativi, contabili, civili o penali diversi da quelli che costituiscono violazione del diritto dell'Unione Europea;
b) i reati presupposto per l'applicazione del D.Lgs. n. 231/2001 e le violazioni dei modelli di organizzazione e gestione previsti dal citato D.Lgs. n. 231/2001;

violazioni delle disposizioni europee:

c) illeciti commessi in violazione della normativa dell'UE e di tutte le disposizioni nazionali che ne danno attuazione con particolare riferimento ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità' dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;
d) atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione di cui all'articolo 325 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea specificati nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea – TFUE (direttive, decisioni, raccomandazioni, …);

e) atti od omissioni riguardanti il mercato interno, che compromettono la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali (articolo 26, paragrafo 2, del TFUE) comprese le violazioni delle norme dell'Unione europea in materia di concorrenza e di aiuti di Stato, nonchè le violazioni riguardanti il mercato interno connesse ad atti che violano le norme in materia di imposta sulle società o i meccanismi il cui fine è ottenere un vantaggio fiscale che vanifica l'oggetto o la finalità della normativa applicabile in materia di imposta sulle società;

f) atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui agli atti dell'Unione nei settori indicati nei numeri c), d), e).

La segnalazione può avere ad oggetto anche:

- le condotte volte ad occultare le violazioni (ad es: l'occultamento o alla distruzione di prove circa la commissione della violazione);
- le attività illecite non ancora compiute ma che il *whistleblower* ritenga ragionevolmente possano verificarsi in presenza di elementi concreti precisi e concordanti;
- I fondati sospetti.

Cosa non può essere oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia (art. 1, comma 2, D.Lgs. n. 24/2023)
Non si possono segnalare:

- contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto una denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate che costituiscono eventualmente oggetto di altre procedure (es. Comitato Unico di Garanzia, Consiglieri di Fiducia) (ad es. segnalazioni riguardanti vertenze di lavoro e fasi precontenziose, discriminazioni tra colleghi, conflitti interpersonali tra segnalante e un altro lavoratore o con i superiore gerarchici, segnalazioni relative a trattamenti di dati effettuati nel contesto del rapporto individuale di lavoro in assenza di lesioni dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione);
- violazioni laddove già disciplinate in via obbligatoria dagli atti dell'Unione europea o nazionali indicati nella parte II dell'allegato al decreto ovvero da quelli nazionali; trattasi, quindi, di violazioni già disciplinate in direttive, regolamenti o altre disposizioni attuative dell'UE o in leggi italiane (es. D.Lgs. n. 219/2017 in materia di intermediazione finanziaria) con apposite procedure di segnalazione;
- violazioni in materia di sicurezza nazionale, nonché di appalti relativi ad aspetti di difesa o sicurezza nazionale, a meno che tali aspetti rientrino nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea.

Restano, comunque, sempre coperte da segreto:

- le informazioni classificate, ovvero le informazioni classificate dalle singole amministrazioni come riservate/non accessibili per motivi di sicurezza;
- il segreto professionale forense finalizzato a proteggere la riservatezza delle comunicazioni tra avvocati e clienti;
- il segreto professionale medico finalizzato a proteggere la riservatezza delle comunicazioni tra professionisti sanitari e pazienti;
- la segretezza delle deliberazioni degli organi giurisdizionali;
- la segretezza delle indagini in materia penale;
- disposizioni sull' autonomia e indipendenza della magistratura;
- disposizioni in materia di difesa nazionale e di ordine e sicurezza pubblica;
- disposizioni in materia di diritti sindacali dei lavoratori.

Non sono altresì ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili le irregolarità nella gestione o organizzazione dell'attività, le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. voci di corridoio).

4. Canali e modalità di presentazione della segnalazione

Il Decreto disciplina i canali e le modalità per effettuare una segnalazione. In particolare, si distinguono tre fattispecie:
a) la segnalazione attraverso un canale interno all'ente (**segnalazione interna**);
b) la segnalazione mediante un canale esterno all'ente, istituito e gestito dall'ANAC (**segnalazione esterna**);
c) la divulgazione pubblica;
d) denuncia all'Autorità giudiziaria e contabile, nei casi di loro competenza.

La scelta del canale di segnalazione non è più rimessa alla discrezione del *whistleblower* in quanto in via prioritaria è favorito l'utilizzo del canale interno e, solo al ricorrere di una delle condizioni di cui all'art. 6 del D.Lgs. 24/2013, è possibile effettuare una segnalazione esterna (all'ANAC).

4.a Canale di Segnalazione interna

Il canale interno è prioritario rispetto a quello esterno.
La segnalazione deve essere presentata al Responsabile della Prevenzione Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), utilizzando, di norma, una sola delle seguenti modalità per massimizzare la tutela della riservatezza:
• **in forma scritta con modalità informatiche,** mediante piattaforma *on line* tramite apposito Applicativo informatico aziendale, disponibile sulla *homepage* di IZSVe *https://www.izsvenezie.it/amministrazione/segnalazioni-illeciti/*.
E' possibile in forma cartacea, tramite lettera in triplice busta chiusa, recante la dicitura "Riservata al RPCT di IZSVe, secondo le modalità più sotto specificate;
• **in forma orale,** su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto il RPCT.
Altre modalità di trasmissione non garantirebbero la sicurezza di riservatezza delle persone, del dato e le conseguenti tutele previste dalla norma per il segnalante.

Segnalazione in forma scritta
Piattaforma on line
L'Applicativo informatico aziendale utilizzato in IZSVe, in relazione alla gestione delle segnalazioni *whistleblowing,* assicura adeguati standard di sicurezza, tenendo conto delle indicazioni fornite da ANAC e garantite dal fornitore del servizio.
La piattaforma utilizza strumenti di crittografia che consentono l'identificazione di ogni segnalazione ricevuta mediante l'attribuzione di un codice univoco. Il segnalante deve conservare tale codice e utilizzarlo, nei giorni successivi alla segnalazione, per accedere alla piattaforma e verificare se vi sia stato un riscontro da parte del RPCT o siano stati richiesti ulteriori elementi ad integrazione della segnalazione. In caso di smarrimento del codice, il segnalante non può effettuare l'accesso alla segnalazione e il codice non può essere replicato. La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni delle violazioni sopra descritte al RPCT, che ricevute tali segnalazioni, può comunicare in forma riservata con il segnalante. Una volta effettuato l'accesso alla piattaforma informatica, il segnalante inserisce le informazioni preliminari e successivamente la descrizione del fatto. Tutti i dati, compresi i dati identificativi del segnalante, sono trattati con la necessaria riservatezza dal RPCT esclusivamente nell'esercizio delle proprie funzioni di legge.
Forma cartacea ordinaria
Qualora il segnalante voglia utilizzare il canale della forma cartacea, è necessario che la segnalazione venga inserita in tre buste chiuse: la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento; la seconda con la segnalazione. Entrambe dovranno essere inserire in una terza busta chiusa che rechi all'esterno "segnalazione *wistleblowing* - riservata al RPCT IZSVe". La segnalazione è poi oggetto di protocollazione riservata della quale il segnalante riceverà apposita ricevuta.

Segnalazione in forma orale
Alla persona segnalante è consentito, inoltre, richiedere al RPCT un incontro diretto finalizzato all'esposizione della propria segnalazione, il quale sarà fissato entro un termine ragionevole. Su richiesta, l'incontro può avvenire in un luogo protetto, anche al di fuori dei locali dell'IZSVe al fine di garantire la massima riservatezza. La segnalazione effettuata nel corso dell'incontro, che può essere corredata da documentazione a supporto dei fatti segnalati, è documentata a cura del RPCT mediante verbalizzazione della denuncia. Il verbale dell'incontro è sottoscritto dalla persona segnalante, la quale è tenuta a fornire un proprio contatto, preferibilmente un indirizzo *e-mail*, necessario per mantenere le interlocuzioni collegate alla denuncia e consentire al RPCT di fornire i riscontri e l'esito della segnalazione
Alle segnalazioni è attribuito un codice progressivo univoco, che verrà utilizzato dal RPCT e dagli eventuali soggetti coinvolti nelle fasi procedimentali, quale elemento identificativo delle stesse, così da garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.
Le segnalazioni, anche quelle rese in forma anonima, vengono iscritte in apposito registro riservato, detenuto dal RPCT.
Il segnalante e i soggetti tutelati di cui all'art. 13 della presente Policy possono richiedere agli enti del Terzo settore iscritti all'elenco istituto presso l'ANAC, informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulle modalità di segnalazione e sulla protezione dalle ritorsioni, sui diritti della persona segnalata, sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato (art. 18 del D.Lgs. n. 24/2023).
Qualora la segnalazione pervenga a soggetto diverso dall'RPCT, dovrà essergli trasmessa entro e non oltre 7 (sette) giorni dal ricevimento.

4.b Canale di segnalazione esterna

Le segnalazioni esterne sono quelle rivolte all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC)

La persona segnalante può effettuare una segnalazione esterna se, al momento della presentazione, ricorre una delle seguenti condizioni:

- se il canale interno non è attivo ovvero è attivo ma non è conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni;
- la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito, perché non è stata trattata entro un termine ragionevole oppure non è stata intrapresa un'azione per affrontare la violazione;
- la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere ragionevolmente, sulla base di circostanze concrete allegate ed informazioni effettivamente acquisibili che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione possa determinare il rischio di ritorsione;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Per le procedure di dettaglio relative alla gestione delle segnalazioni esterne si rinvia alle apposite linee guida ANAC pubblicate su https://www.anticorruzione.it/.

4.c Divulgazione pubblica

La divulgazione pubblica è lo strumento per rendere di pubblico dominio l'informazione sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone (*social network* e nuovi canali di comunicazione quali *facebook, twitter, youtube, instagram*). Il segnalante beneficia della protezione prevista dal D.Lgs. n. 24/2023 se ricorre una delle seguenti condizioni:

- la persona segnalante ha previamente effettuato una segnalazione interna ed esterna ovvero ha effettuato direttamente una segnalazione esterna e non è stato dato riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere, sulla base di circostanze concrete e quindi, non su semplici illazioni, che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna (rivolta ad ANAC) possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Ove il soggetto riveli volontariamente la propria identità, non viene in rilievo la tutela della riservatezza, ferme restando tutte le altre forme di protezione previste dal decreto per il *whistleblower*, e sopra riportate. Laddove pubblichi invece violazioni utilizzando ad es. uno pseudonimo che non consente l'identificazione, ANAC tratterà la divulgazione alla stregua di una segnalazione anonima e avrà cura di registrarla, ai fini della conservazione, per garantire al divulgatore, in caso di disvelamento successivo dell'identità dello stesso, le tutele previste se ha comunicato ritorsioni. Per maggiore dettagli si rinvia alle apposite linee guida ANAC pubblicate su https*://www.anticorruzione.it/.*

4.d Denuncia all'Autorità giudiziaria

Il soggetto tutelato si può rivolgere alle Autorità nazionali competenti, giudiziarie e contabili, per inoltrare una denuncia di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.

Qualora la persona segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni previsti dal decreto, ciò non lo esonera dall'obbligo - in virtù di quanto previsto dal combinato disposto dell'art. 331 c.p.p. e degli artt. 361 e 362 c.p. - di denunciare alla competente Autorità giudiziaria o contabile i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale. Le stesse misure sulla tutela della riservatezza e del contenuto delle segnalazioni vanno rispettate dalle Autorità giurisdizionali cui è sporta denuncia.

5. Gestione delle segnalazioni interne

Il soggetto incaricato della gestione delle segnalazioni è il RPCT (gestore della segnalazione). Il RPCT, valutata l'ammissibilità della segnalazione, svolge le attività istruttorie interne di analisi delle segnalazioni ricevute - effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati - tese ad accertare la sussistenza o meno del *fumus* di fondatezza della segnalazione.

Se da una prima disamina della segnalazione il RPCT dovesse ritenere di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, ne informa il direttore Generale al fine di provvedere ad individuare un soggetto sostituto nella gestione della segnalazione dotato di requisiti di autonomia, imparzialità e indipendenza.

Presa in carico delle segnalazioni ed esame preliminare
Il RPCT rilascia al segnalante l'avviso di ricevimento **entro sette giorni** dalla presentazione della segnalazione stessa. Successivamente, procede ad una prima verifica e analisi del contenuto, in modo da verificare la sussistenza dei presupposti e dei requisiti oggettivi e soggettivi prescritti dalla normativa vigente, per poter accordare al segnalante le tutele spettanti dal *whistleblower*.
Ai fini dell'ammissibilità è necessario che, nella segnalazione risultino chiare:

- Il ruolo del segnalatore in IZSVe (si veda punto 1 della presente procedura);
- le circostanze di tempo e luogo in cui si è verificato il fatto oggetto della segnalazione e, quindi una descrizione dei fatti oggetto della segnalazione, che contenga i dettagli relativi alle notizie circostanziali e, ove presenti, anche le modalità attraverso cui il segnalante è venuto a conoscenza dei fatti;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati.

Nei seguenti casi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la segnalazione è ritenuta **inammissibile** per:

- mancanza dei dati che costituiscono gli elementi essenziali della segnalazione;
- manifesta infondatezza per assenza degli elementi di fatto riconducibili alle violazioni tipizzate dal legislatore;
- manifesta incompetenza dell'Istituto sulle questioni segnalate;
- contenuto assolutamente generico della segnalazione tale da non consentire all'RPCT la comprensione dei fatti;
- segnalazione corredata da documentazione non appropriata o non attinente tale da non far comprendere all'RPCT il contenuto della segnalazione;
- produzione di sola documentazione senza la segnalazione vera e propria di violazioni.

Qualora l'RPTC ravvisi incompletezze, contraddittorietà o carenze documentali sanabili con dichiarazioni o integrazioni documentali nella, dà al denunciate un termine di 15 (quindici) giorni per l'integrazione; in caso di mancata risposta entro il termine suddetto, dispone l'archiviazione della segnalazione con adeguata motivazione.

All'esito delle valutazioni preliminari, ed effettuate l'eventuale fase di integrazione, il RPCT comunica al segnalante:

- l'archiviazione della segnalazione, dandone motivazione;
- l'avvio dell'istruttoria, per accertata sussistenza dei requisiti di ammissibilità.

Istruttoria
Valutata l'ammissibilità della segnalazione, il RPTC avvia l'attività di verifica e analisi (istruttoria interna) sulle violazioni segnalate.
Per la fase istruttoria, l'RPCT potrà avviare un dialogo con il *whistleblower*, chiedendo chiarimenti, documenti o informazioni ulteriori. L'RPCT potrà, inoltre, acquisire documentazione d'ufficio e/o richiedere una collaborazione a servizi e/o strutture aziendali competenti, avvalendosi del loro supporto, sempre nel rispetto della tutela della riservatezza.

In particolare, per esigenze istruttorie, il RPCT può:

a) effettuare ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione orale della persona segnalante e di altre persone (indicate dal segnalante) in grado di riferire sugli episodi rappresentati. Il RPCT può ricevere la persona segnalante in un luogo protetto, anche al di fuori dei locali dell'IZSVe, al fine di garantire la massima riservatezza;
b) sentire la persona coinvolta, anche su sua richiesta, e richiedere osservazioni scritte e documenti;
c) coinvolgere soggetti afferenti a servizi e/o strutture aziendali, i quali sono tenuti a prestare la propria collaborazione, ai sensi dell'art. 8 del Codice di comportamento nazionale, fornendo quanto richiesto dal RPCT (es. evidenze documentali, relazioni, ecc.) al fine di assicurare una efficace, concreta e celere attività di verifica dei fatti segnalati; le richieste dovranno essere evase entro il termine assegnato dal RPCT, ove compatibile con la natura delle verifiche da effettuare.

Qualora, il RPCT, al termine della fase istruttoria, ravvisi elementi a supporto della fondatezza della segnalazione, in relazione alla natura e tipologia della violazione, provvederà a:

a) informare la Direzione Generale per le azioni che, nel caso concreto, si rendessero necessarie a tutelare l'interesse pubblico e l'integrità dell'IZSVe;
b) comunicare l'esito dell'attività istruttoria, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, al Responsabile della struttura o servizio di appartenenza dell'autore della violazione accertata, per i seguiti di competenza;

c) comunicare all'UPD competente l'esito dell'attività istruttoria per i profili di responsabilità disciplinare, trasmettendo, ove necessario e nel rispetto della tutela della riservatezza, estratti della segnalazione;
e) trasmettere la segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, alla competente Autorità giudiziaria o contabile, qualora i fatti accertati rilevino sotto il profilo penale o contabile, avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione *whistleblowing*. Su richiesta dell'Autorità giudiziaria o contabile, il RPCT fornisce l'identità del segnalante;
f) proporre di adottare, tutti i necessari atti amministrativi per il pieno ripristino della legalità;
g) aggiornare, laddove si ritenga necessario, il Registro dei Rischi, con la collaborazione del Responsabile del relativo processo/attività, effettuando un'analisi o una rivalutazione dei processi coinvolti dai fatti e dalle situazioni denunciate come illecite e individuando i rischi e i fattori abilitanti che hanno favorito la condotta illecita e le relative misure di prevenzione. Allo scopo di rafforzare il senso dell'etica, dell'integrità e della legalità all'interno dell'IZSVe, il RPCT provvede a programmare iniziative formative con un focus dedicato all'istituto del *whistleblowing.*

L'RPCT fornisce **riscontro** alla segnalazione entro tre mesi (90 giorni) dalla data dell'avviso di ricevimento o diversamente entro tre mesi dalla scadenza del termine di 7 (sette) giorni dalla presentazione della segnalazione.

Al RPTC non
petta accertare le responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, oggetto di segnalazione.

Raccolta del consenso del segnalante
Senza il consenso espresso del segnalante vi è divieto di rivelare l'identità dello stesso a persone diverse dal RPCT o da quelle competenti a dar seguito alle segnalazioni, durante tutte le fasi del procedimento di segnalazione, ivi compreso l'eventuale trasferimento delle segnalazioni ad altre autorità.
L'acquisizione del consenso avviene attraverso apposita richiesta motivata del RPCT formulata all'interno della piattaforma informatica nel campo generico di dialogo con il segnalante e, in caso di segnalazione orale, nel verbale redatto dall'RPCT in occasione dell'incontro.

Termini procedurali33w
Per il tramite della piattaforma informatica, il RPCT rilascia alla persona segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione entro 7 (sette) giorni dalla data di ricezione.
Il RPCT, entro tre mesi (90 giorni) dalla data dell'avviso di ricevimento o, nel caso di segnalazione orale mediante incontro diretto, dalla data di verbalizzazione dell'incontro stesso o, in mancanza di detto avviso, dalla scadenza dei 7 (sette) giorni dal ricevimento della segnalazione, provvede a dare riscontro alla persona segnalante, dando notizia delle azioni intraprese per valutare la sussistenza dei fatti segnalati, dell'esito dell'attività istruttoria e delle eventuali misure adottate.

6. Le misure di protezione

Costituiscono misure di protezione:4
a) **la tutela della riservatezza del segnalante, del facilitatore, della persona coinvolta e delle persone menzionate nella segnalazione (artt. 4, 12 e 13 D.Lgs. n. 24/2023):** vi è divieto di rivelare l'identità del segnalante, senza il consenso espresso dello stesso, a persone diverse dal RPCT o da quelle competenti a dar seguito alle segnalazioni, durante tutte le fasi del procedimento di segnalazione, ivi compreso l'eventuale trasferimento delle segnalazioni ad altre autorità. La segnalazione e la documentazione ad essa allegata è sottratta all'accesso agli atti amministrativi di cui agli artt. 22 e ss. della L. n. 241/90 e al diritto di accesso civico generalizzato di cui agli artt. 5 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013.
b) **la tutela da eventuali ritorsioni (artt. 17 e 19 D.Lgs. n. 24/2023)** adottate dall'ente in ragione della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia effettuata;
c) **le limitazioni della responsabilità (artt. 20, 21 e 22 D.Lgs. n. 24/2023)** rispetto alla rivelazione e alla diffusione di alcune categorie di informazioni protette
d) **le misure di sostegno (art. 18 D.Lgs. n. 24/2023)** al segnalante da parte di enti del Terzo settore inseriti in un apposito elenco pubblicato da ANAC.

Tali misure di protezione, con alcune eccezioni, si applicano non solo al soggetto segnalante ma anche ad altri soggetti che potrebbero essere destinatati di ritorsioni, in ragione del ruolo assunto o della particolare vicinanza o rapporto con il segnalante. In particolare si tratta dei seguenti soggetti:

- **facilitatore**, ovvero la "*persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata*". Il termine "assistenza" fa riferimento a un soggetto che fornisce consulenza o sostegno al segnalante. A titolo esemplificativo, il facilitatore potrebbe essere il collega dell'ufficio del segnalante o di un altro ufficio che lo assiste in via riservata nel processo di segnalazione, oppure potrebbe essere un collega che riveste anche la qualifica di sindacalista se assiste il segnalante in suo nome, senza spendere la sigla sindacale. Se, invece, assiste il segnalante utilizzando la sigla sindacale, lo stesso non riveste il ruolo di facilitatore. "In tal caso resta ferma l'applicazione delle disposizioni in tema di consultazione dei rappresentanti sindacali e di repressione delle condotte antisindacali".
- **persone del medesimo contesto lavorativo** del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica che sono legate ad esso da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado. Si pensi ad es. a coloro che hanno un rapporto di convivenza con il segnalante oppure coloro che hanno un rapporto di natura affettiva caratterizzato da una certa stabilità sia sotto il profilo temporale che sotto il profilo di condivisione di vita.
- **colleghi di lavoro** con rapporto abituale e corrente con il segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica ovvero coloro che, al momento della segnalazione, lavorano con il segnalante (esclusi quindi gli ex colleghi) e che intrattengono con quest'ultimo un rapporto abituale e corrente (es un rapporto di amicizia);
- **enti di proprietà** - in via esclusiva o in compartecipazione maggioritaria di terzi - del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica;
- **enti presso** i quali il segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica lavorano pur non essendone proprietari (es. dipendente di una impresa fornitrice di beni e servizi che segnala una violazione avvenuta presso l'IZSVe).
- g**li enti che operano nel medesimo contesto lavorativo del segnalante**, ovvero enti con i quali l'amministrazione di appartenenza del segnalante ha sviluppato rapporti di collaborazione, accordi, scambi e confronti. Si pensi, ad esempio, al dipendente di uno degli enti che hanno stipulato una convenzione per la gestione associata di un servizio che segnala violazioni compiute nell'ambito della gestione dello stesso servizio da un ente associato; - i segnalanti anonimi se sono stati identificati e hanno subito ritorsioni.

6.a Tutela della riservatezza

La prima tutela posta dal legislatore a favore del segnalante è l'obbligo di **garantire la riservatezza** della sua identità e di ogni altra informazione, inclusa l'eventuale documentazione allegata, dalla quale possa direttamente o indirettamente risalire all'identità del segnalante.
Il trattamento dei dati personali relativi al ricevimento e alla gestione delle segnalazioni è effettuato in conformità alla normativa in materia di protezione dei dati personali e del D.lgs. n. 24/2023, in modo da garantire la tutela dei diritti e delle libertà del segnalante, della persona cui sono riferiti i fatti segnalati, del facilitatore e della persona menzionata nella segnalazione.
L'identità del segnalante e qualsiasi informazione da cui può evincersi, direttamente o indirettamente, **tale identità non possono essere rivelate senza il consenso espresso della stessa persona segnalante** a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni (RPCT).
Qualora nel corso delle attività istruttorie si ritenga indispensabile la rivelazione dell'identità del segnalante, anche ai fini della difesa della persona coinvolta, a persone diverse dal RPCT (si pensi, ad esempio, al personale degli uffici coinvolti nella gestione della segnalazione), l'eventuale disvelamento dell'identità della persona segnalante è condizionato dalla previa acquisizione del consenso espresso della medesima e dalla notifica in forma scritta delle motivazioni alla base della necessità di disvelare la sua identità (art. 12, comma 6 del D.lgs. n. 24/2023).
Nei casi di cui al comma precedente, ove la persona segnalante non ritenga di voler fornire il consenso, il RPCT trasmette estratti accuratamente anonimizzati della segnalazione e, se necessari, anche gli esiti delle verifiche eventualmente condotte, verificando che non siano presenti elementi che possano rendere identificabile il segnalante.
La riservatezza del facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione va garantita fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione e nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante (art. 12, comma 7 del D.lgs. n. 24/2023).
Il RPCT ed eventuali altri soggetti interni all'IZSVe coinvolti nella gestione della segnalazione, anche accidentalmente, sono tenuti alla rigorosa osservanza della disciplina sul trattamento dei dati personali e al rispetto in particolare dei principi sanciti all'art. 5 del GDPR e delle istruzioni di carattere generale impartiti dall'IZSVe, in qualità di Titolare del trattamento, all'atto della nomina di autorizzato al trattamento dei dati personali.
L'Applicativo informatico, il cui accesso è consentito esclusivamente al RPCT, utilizza strumenti di crittografia che garantiscono la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione allegata. Al fine di garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni segnalate e dell'identità della persona segnalante, l'Applicativo informatico è configurato in modo da consentire al RPCT la consultazione del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Il RPCT è tenuto a trattare i dati personali del segnalante, del facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione con la massima cautela e ad osservare l'obbligo di riservatezza anche quando la segnalazione viene effettuata mediante un incontro diretto.
L'identità del segnalante nei procedimenti penale, contabile, disciplinare è tutelata secondo le modalità di seguito riportate:

- nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 c.p.p.;
- nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti, l'obbligo del segreto istruttorio è previsto sino alla chiusura della fase istruttoria. Dopo, l'identità del segnalante può essere svelata dall'Autorità contabile al fine di essere utilizzata nel procedimento stesso (art. 67 del D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 174);
- nell'ambito del procedimento disciplinare attivato dall'amministrazione contro il presunto autore della condotta segnalata, l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Nel caso in cui l'identità del segnalante risulti indispensabile alla difesa del soggetto cui è stato contestato l'addebito disciplinare, questa può essere rivelata solo dietro consenso espresso del segnalante.

La segnalazione e la documentazione allegata sono sottratte all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241/1990 e ss.mm. e all'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013.

6.b Protezione dalle ritorsioni e relative condizioni

Il D.Lgs. n. 24/2023 vieta ogni forma di ritorsione nei confronti del segnalante.
Il "divieto di ritorsione" è definito come "*qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto*".
La stessa tutela si applica anche nei confronti del facilitatore o degli altri soggetti assimilati al segnalante, già citati (es. colleghi di lavoro).
A titolo esemplificativo, sono considerate ritorsioni:

- licenziamento, sospensione o misure equivalenti;
- retrocessione di grado o mancata promozione;
- mutamento di funzioni, cambiamento del luogo di lavoro, riduzione dello stipendio, modifica dell'orario di lavoro;
- sospensione della formazione o restrizione dell'accesso alla stessa;
- note di merito negative o referenze negative;
- valutazione della performance artatamente negativa;
- adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria;
- coercizione, intimidazione, molestie o ostracismo;
- discriminazione o comunque trattamento sfavorevole;
- mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione;
- mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine;
- danni, anche alla reputazione della persona, in particolare sui social media, o pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi;
- inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore o nell'industria in futuro;
- conclusione anticipata o annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi,
- annullamento di una licenza o di un permesso;
- richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

Oltre a quelle espressamente indicate nel D.Lgs. n. 24/2023 possono costituire ritorsioni:

- pretesa di risultati impossibili da raggiungere nei modi e nei tempi indicati;
- valutazione della performance artatamente negativa;
- revoca ingiustificata di incarichi;
- ingiustificato mancato conferimento di incarichi con contestuale attribuzione ad altro soggetto;
- reiterato rigetto di richieste (ad es. ferie, congedi);

Le presunte ritorsioni, anche solo tentate o minacciate, devono essere comunicate esclusivamente all'ANAC, alla quale è affidato il compito di accertare se esse siano conseguenti alla segnalazione, denuncia, divulgazione pubblica effettuata.
Affinchè sia riconosciuta tale forma di tutela, il D.Lgs. n. 24/2023 prevede le seguenti condizioni:

- che il segnalante/denunciante al momento della segnalazione o della denuncia all'autorità giudiziaria o contabile o della divulgazione pubblica avesse "fondato motivo" di ritenere le informazioni veritiere e rientranti nel perimetro applicativo della disciplina;
- che la segnalazione, denuncia o divulgazione sia stata effettuata secondo la disciplina prevista dal Decreto.

Pertanto, il soggetto che ritenga di aver subito una ritorsione, anche tentata o minacciata, come conseguenza della segnalazione/divulgazione pubblica/denuncia, lo comunica ad ANAC che dovrà accertare il nesso di causalità tra la ritorsione e la segnalazione e, quindi, adottare i conseguenti provvedimenti.
Nei procedimenti dinanzi ad ANAC, l'intento ritorsivo si presume. Infatti, opera un'inversione dell'onere probatorio e, pertanto, laddove il segnalante dimostri di avere effettuato una segnalazione/ denuncia/divulgazione pubblica e di aver subito, a seguito della stessa, una ritorsione, l'onere della prova si sposta sulla persona che ha posto in essere la presunta ritorsione. Quest'ultima dovrà dimostrare che la presunta ritorsione non è connessa alla segnalazione/ denuncia/divulgazione pubblica ma dipende da ragioni estranee rispetto alla segnalazione/ denuncia/divulgazione pubblica.

L'inversione dell'onere probatorio NON si applica:

- facilitatori, persone del medesimo contesto lavorativo con stabile legame affettivo o parentela entro il quarto grado con il segnalante;
- colleghi di lavoro che lavorano nel medesimo contesto lavorativo e che hanno un rapporto abituale e corrente con il segnalante;
- soggetti giuridici di proprietà del segnalante.

Casi in cui il segnalante perde la protezione
Il segnalante perde la protezione nei seguenti casi:

- qualora sia accertata, con sentenza anche non definitiva di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o nel caso in tali reati siano commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile;
- in caso di responsabilità civile per lo stesso titolo per dolo o colpa grave.

In entrambe le ipotesi, alla persona segnalante o denunciante verrà irrogata una sanzione disciplinare.

Il segnalante potrà nuovamente ottenere le tutele qualora:

- la condanna di primo grado sia riformata in senso favorevole al segnalante nei successivo gradi di giudizio e la pronuncia che accerta l'assenza della responsabilità penale e/o civile passi in giudicato;
- il processo penale per diffamazione o calunnia si concluda con l'archiviazione.

6.c Le Limitazioni di responsabilità

Un ulteriore tutela riconosciuta dal D.Lgs. n. 24/2023 al segnalante è la limitazione della sua responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di alcune categorie di informazioni, che altrimenti lo esporrebbero a responsabilità penali, civili e amministrative.

La persona segnalante non sarà chiamato a rispondere né penalmente, né in sede civile e amministrativa rispetto a:

- rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio (art. 326 c.p.);
- rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.);
- rivelazione dei segreti scientifici e industriali (art. 623 c.p.);
- violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.);
- violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d'autore;
- violazione delle disposizioni relative alla protezione dei dati personali;
- rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.

Le limitazione di responsabilità operano solo nei casi in cui ricorrono le seguenti due condizioni:

1) al momento della rivelazione o della diffusione vi siano fondati motivi per ritenere che le informazioni siano necessarie per svelare la violazione oggetto di segnalazione. La persona, quindi, deve ragionevolmente ritenere, e

non in base a semplici illazioni, che quelle informazioni debbano svelarsi perché indispensabili per fare emergere la violazione, ad esclusione di quelle superflue, e non per ulteriori e diverse ragioni (ad es. gossip, fini vendicativi, opportunistici o scandalistici)

2) la segnalazione, divulgazione pubblica o la denuncia sia effettuata nel rispetto delle condizioni previste dal D.Lgs. n. 24/2023 per beneficiare della tutela contro le ritorsioni (fondati motivi per ritenere veritieri i fatti segnalati, la violazione sia tra quelle segnalabili e siano rispettate le modalità e le condizioni di accesso alla segnalazione).

6.d Le Misure di sostegno

Ad ulteriore rafforzamento della protezione del segnalante, è prevista la possibilità che ANAC stipuli convenzioni con enti del Terzo settore affinchè questi ultimi forniscano misure di sostegno al segnalante.
In particolare, tali enti, inseriti in un apposito elenco pubblicato da ANAC sul proprio sito istituzionale, prestano assistenza e consulenza a titolo gratuito:

- sulle modalità di segnalazione;
- sulla protezione dalle ritorsioni , riconosciuta alle disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea;
- sui diritti della persona coinvolta;
- sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

7. Segreto d'ufficio, doveri di comportamento e responsabilità dei soggetti coinvolti nella gestione della segnalazione

Nei limiti necessari per lo svolgimento delle procedure di gestione delle segnalazioni di cui al presente documento, tutte le notizie, le informazioni e/o i dati acquisiti nel corso delle attività di gestione della segnalazione sono tutelati dal segreto d'ufficio, fatti salvi gli obblighi di segnalazione e di denuncia agli organi preposti interni o all'Autorità giudiziaria o contabile.
Il RPCT e i soggetti coinvolti nella gestione della segnalazione sono tenuti al rispetto dei doveri di comportamento previsti nel Codice di comportamento aziendale e all'osservanza della disciplina sul trattamento dei dati personali e delle istruzioni di carattere generale impartiti dall'IZSVe, in qualità di Titolare del trattamento, all'atto della nomina di autorizzato al trattamento dei dati personali.
La violazione degli obblighi e dei doveri di cui al presente articolo da parte dei soggetti coinvolti nella gestione della segnalazione e di coloro che in Istituto possono conoscere la segnalazione è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento. L'accertata violazione degli obblighi di riservatezza previsti all'articolo 12 del D.Lgs. n. 24/2023 comporta per i responsabili l'applicazione da parte dell'ANAC di una sanzione amministrativa pecuniaria.
Qualora le procedure previste nel presente documento siano valutate non conformi agli articoli 4 e 5 del D.Lgs. 24/2023 ovvero in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT delle attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, l'ANAC applica al RPCT una sanzione amministrativa pecuniaria.

8. Modalità e tempi di conservazione della documentazione inerente alle segnalazioni

In ottemperanza alle disposizioni in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati contenuti nella segnalazione e la relativa documentazione vengono conservati per il tempo necessario al trattamento della segnalazione e comunque non oltre 5 (cinque) anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione.
La conservazione delle segnalazioni effettuate con modulo informatico è gestita dall'Applicativo informatico e i dati sono memorizzati dal data base gestito dall'Applicativo il cui sistema risiede su server aziendale. Il verbale redatto a seguito di incontro tra la persona segnalante e il RPCT e l'eventuale documentazione consegnata, sono conservate in un archivio detenuto dal RPCT.

9. Tutela del segnalato contro segnalazioni mendaci, diffamatorie, calunniose

Il soggetto che effettui delle segnalazioni vietate, ed in particolare segnalazioni che risultino mendaci, diffamatorie, calunniose, con l'unico scopo di danneggiare il segnalato, è consapevole che le misure di protezione descritte nel presente documento non possono trovare applicazione in suo favore, ai sensi e agli effetti dell'art. 16 del D.Lgs. n. 24/2023.
Inoltre, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale della persona segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia, ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave, deve essere irrogata al segnalante apposita sanzione disciplinare.

10. Applicazione della policy e forme di pubblicità

La disciplina contenuta nella presente policy si applica a decorrere dalla sua approvazione.
Dalla medesima data perde di efficacia la precedente policy adottata dall'IZSVe con DCA n. 1/2019.
Dopo la formale adozione, la policy viene pubblicata sul sito istituzionale dell'IZSVe/amministrazione/segnalazione illeciti e nella Sezione Amministrazione trasparente/altri contenuti/corruzione.

11. Rinvio alla normativa vigente

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento, si fa rinvio alla normativa vigente in materia e alle linee guida ANAC approvate con Delibera n. 311 del 12.07.2023.

Elenco Obiettivi Strategici, Obiettivi operativi, Indicatori e valori attesi annuali

Periodo: 2024 - 2026

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.1 Coinvolgere gli stakeholder istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe	1.1.1 Effettuare incontri con stakeholder istituzionali sia per la rendicontazione del triennio 2021 - 2023 sia per la presentazione delle linee di sviluppo del triennio 2024 - 2026	n. incontri con stakeholder istituzionali >=3	1.1.1 Rendicontare ed allineare gli stakeholder istituzionali su linee perseguite nell'anno e principali risultati conseguiti	n. incontri con stakeholder istituzionali >=1	1.1.1 Effettuare incontri di condivisione con stakeholder istituzionali per l'individuazione delle linee di sviluppo dell'Istituto per il triennio 2027 - 2029	n. incontri con stakeholder istituzionali >=2
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.1 Aumentare il numero delle tipologie di analisi effettuate sui pesticidi	n. nuove tipologie analisi su pesticidi >=10	1.2.1 Aumentare il numero delle tipologie di analisi effettuate sui pesticidi	n. nuove tipologie analisi su pesticidi >=5		
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.2 Aumentare il numero di molecole ricercabili in analisi PFAS	n. nuove molecole ricercabili in analisi PFAS >=7	1.2.2 Aumentare il numero di molecole ricercabili in analisi PFAS	n. nuove molecole ricercabili in analisi PFAS >=7		
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.3 aumentare il numero di matrici su cui vengono svolte le analisi PFAS	n. nuove matrici analizzate in analisi PFAS >=5	1.2.3 aumentare il numero di matrici su cui vengono svolte le analisi PFAS	n. nuove matrici analizzate in analisi PFAS >=7		
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.4 Migliorare la formazione dei professionisti IZSVe addetti alle attività diagnostiche	% professionisti IZSVe partecipanti rispetto agli interessati >= 30% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%	1.2.4 Migliorare la formazione dei professionisti IZSVe addetti alle attività diagnostiche	% professionisti IZSVe partecipanti nel biennio 2024 - 2025 rispetto agli interessati >= 60% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%	1.2.4 Migliorare la formazione dei professionisti IZSVe addetti alle attività diagnostiche	% professionisti IZSVe partecipanti nel biennio 2024 - 2025 >= 90% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 100%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.5 Progettare eventi formativi dedicati a liberi professionisti e veterinari ASL per migliorare la conoscenza delle malattie elencate	Corso di formazione inserito nel PFA 2025 <= 31/12/2024	1.2.5 Progettare eventi formativi dedicati a liberi professionisti e veterinari ASL per migliorare la conoscenza delle malattie elencate	n. di corsi formazione nell'anno = 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	1.2.5 Progettare eventi formativi dedicati a liberi professionisti e veterinari ASL per migliorare la conoscenza delle malattie elencate	n. di corsi formazione nell'anno = 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.6 Progettare un sistema di sorveglianza nei confronti dell'AMR di interesse umano e definire i flussi infomrativi	Sistema di sorveglianza progettato <= 31/12/2024 Stima investimento necessario (costi/benefici) <= 31/12/2024	1.2.6 Applicare il sistema di sorveglianza	% attività eseguite nell'anno rispetto a quelle previste nell'anno = 100%	1.2.6 Applicare il sistema di sorveglianza	% attività eseguite nell'anno rispetto a quelle previste nell'anno = 100%
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.7 Armonizzare la diagnosi di malattie infettive elencate nel territorio di competenza di IZSVe	n. di protocolli aggiornati nell'anno >= 2	1.2.7 Armonizzare la diagnosi di malattie infettive elencate nel territorio di competenza di IZSVe	n. di protocolli aggiornati nell'anno >= 2	1.2.7 Armonizzare la diagnosi di malattie infettive elencate nel territorio di competenza di IZSVe	n. di protocolli aggiornati nell'anno >= 2
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.8 Contribuire alla redazione delle Linee Guida del Reg. 2017/625	n. di proposte di revisione degli allegati presentate >= 1	1.2.8 Adeguare le procedure di IZSVe alla nuova normativa in ambito alimentare	n. di procedure di prova o gestionali adeguate alla nuova normativa >= 1		
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.2. Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio	1.2.9 Aggiornare la formazione del personale interno sui vegetali	Progettazione del corso approvata =< 31/12/2024	1.2.9 Aggiornare la formazione del personale interno sui vegetali	Erogazione del corso =< 31/12/2025 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%		
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.3. Migliorare l'efficienza dei laboratori (promuovendo l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte) anche nel rispetto	1.3.1 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di Sicurezza Alimentare	Rapporto tra analisi esternalizzate nel 2024 ed analisi esternalizzate nel 2023 < 1	1.3.1 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS	Rapporto tra analisi esternalizzate nel 2025 ed analisi esternalizzate nel 2024 < 1	1.3.1 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS	Rapporto tra analisi esternalizzate nel 2026 ed analisi esternalizzate nel 2025 < 1

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
		dell'impatto ambientale						
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.3. Migliorare l'efficienza dei laboratori (promuovendo l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte) anche nel rispetto dell'impatto ambientale	1.3.2 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di Sanità Animale	Piano di re-internalizzazione delle analisi approvato <= 30/09/2024 % azioni erogate rispetto alle azioni di competenza 2024 >= 90%	1.3.2 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di sanità animale	Numero di analisi esternalizzate nel 2025 inferiore al numero 2024	1.3.2 Ridurre il numero di analisi esternalizzate su altri IZZSS in ambito di sanità animale	Numero di analisi esternalizzate nel 2026 inferiore al numero 2025
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.3. Migliorare l'efficienza dei laboratori (promuovendo l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte) anche nel rispetto dell'impatto ambientale	1.3.3 Progettare un sistema di monitoraggio della produttività delle attività di IZSVe	Sistema di monitoraggio della produttività di selezionate attività analitiche definito ed in uso <= 31/12/2024	1.3.3 Progettare un sistema di monitoraggio della produttività delle attività di IZSVe	Sistema di monitoraggio delle attività di produzione (terreni, vaccini, reagenti) definito ed in uso <= 31/12/2025 identificazione dei criteri di valutazione della produttività delle attività non prettamente analitiche (consulenze, report, sopralluoghi, pareri, organizzazione di proficiency test) <= 31/12/2025	1.3.3 Progettare un sistema di monitoraggio della produttività delle attività di IZSVe	Calcolo della produttività complessiva delle strutture nell'anno 2025 eseguito <= 31/12/2026 Definizione di una modalità di attribuzione delle risorse (umane, strumentali e materiali) che tenga conto della produttività delle strutture <= 31/12/2026 Identificazione e realizzazione di azioni di miglioramento individuate in coordinamento con i Dipartimenti competenti e la Direzione Sanitaria >= 1
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.3. Migliorare l'efficienza dei laboratori (promuovendo l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte) anche nel rispetto dell'impatto ambientale	1.3.4 Ottimizzare la distribuzione delle attività analitiche tra le strumentazioni di maggior valore presenti in più strutture dell'Istituto	Censimento delle "principali" strumentazioni presenti in più strutture e quantificazione delle diverse percentuali di carico <= 30/09/2024 Definizione delle azioni di miglioramento per ottimizzare il carico di lavoro rimuovendo	1.3.4 Ottimizzare la distribuzione delle attività analitiche tra le strumentazioni di maggior valore presenti in più strutture dell'Istituto	1.3.3 attività concluse nel 2025 / attività previste di competenza 2025 = 100%	1.3.4 Ottimizzare la distribuzione delle attività analitiche tra le strumentazioni di maggior valore presenti in più strutture dell'Istituto	1.3.3 attività concluse nel 2026 / attività previste di competenza 2026 = 100%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
				situazioni di "sottoutilizzo" <= 31/12/2024				
1. attività istituzionale	1. attività istituzionale	1.4 Definire le modalità per la gestione delle emergenze (Piano delle emergenze dell'Istituto)	1.4.1 Definire ed approvare il Piano di gestione delle emergenze	Approvazione lista emergenze per le quali attivare il piano <= 30/06/2024 Mappatura competenze necessarie per le emergenze da trattare <= 31/10/2024 Approvazione Piano di gestione delle emergenze <= 31/12/2024	1.4.1 Eseguire il Piano di gestione delle emergenze	% azioni effettuate nel 2025 su azioni totali previste dal piano nel 2025 >= 90%	1.4.1 Eseguire il Piano di gestione delle emergenze	% azioni effettuate nel biennio 2025 - 2026 rispetto alle azioni totali previste dal piano nello stesso periodo = 100%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.1 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche terrestri	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1	2.1.1 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche terrestri	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1	2.1.1 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche terrestri	n. prove di miglioramento nel corso del triennio 2024 - 2026 >= 5
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.2 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche acquatiche	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1	2.1.2 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche acquatiche	n. prove di miglioramento nel corso dell'anno >= 1	2.1.2 Sviluppare e migliorare le performance di produzione ed inattivazione di selezionati antigeni batterici per le specie zootecniche acquatiche	n. prove di miglioramento nel corso del triennio 2024 - 2026 >= 7
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.3 Consolidare la produzione del vaccino per Bocca Rossa della trota iridea	Rapporto tra flaconi prodotti nel 2024 e flaconi prodotti nel 2023 del vaccino per Bocca Rossa della trota iridea >= 1	2.1.3 Introdurre nuove formulazioni vaccinali rispetto a quelle in produzione nel 2023	Identificazione nuove formulazioni per il settore ittico entro il 30/06/2025 >= 1 n. richieste autorizzazione inviate a MdS e ISS entro l'anno >= 1	2.1.3 Avviare la produzione dei nuovi vaccini	n. lotti sperimentali prodotti nell'anno >= 2

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.4 Mantenere i tempi di risposta al di sotto del valore atteso per le tipologie di richieste più frequenti	% di tempi di risposta adeguati al target >=90%	2.1.4 Mantenere i tempi di risposta al di sotto del valore atteso per le tipologie di richieste più frequenti	% di tempi di risposta adeguati al target >=90%	2.1.4 Mantenere i tempi di risposta al di sotto del valore atteso per le tipologie di richieste più frequenti	% di tempi di risposta adeguati al target >=90%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.5 Analizzare l'attuale portafoglio analisi e valutare la possibilità/opportunità di outsourcing per alcune analisi rivolte a clientela privata	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024	2.1.5 Analizzare l'attuale portafoglio analisi e valutare la possibilità/opportunità di outsourcing per alcune analisi rivolte a clientela privata	% Azioni effettuate nel 2025 rispetto ad azioni previste per il 2025 = 100%	2.1.5 Analizzare l'attuale portafoglio analisi e valutare la possibilità/opportunità di outsourcing per alcune analisi rivolte a clientela privata	% Azioni effettuate nel 2026 rispetto ad azioni previste per il 2026 = 100%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.6 Progettare e porre in essere strumenti per il mantenimento di una relazione costante con le imprese	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024	2.1.6 Progettare e porre in essere strumenti per il mantenimento di una relazione costante con le imprese	% Azioni effettuate nel 2025 rispetto ad azioni previste per il 2025 = 100%	2.1.6 Progettare e porre in essere strumenti per il mantenimento di una relazione costante con le imprese	% Azioni effettuate nel 2026 rispetto ad azioni previste per il 2026 = 100%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.7 Progettare ed avviare collaborazioni con altri Enti per fornitura congiunta di servizi a privati	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024	2.1.7 Progettare ed avviare collaborazioni con altri Enti per fornitura congiunta di servizi a privati	% Azioni effettuate nel 2025 rispetto ad azioni previste per il 2025 = 100%	2.1.7 Progettare ed avviare collaborazioni con altri Enti per fornitura congiunta di servizi a privati	% Azioni effettuate nel 2026 rispetto ad azioni previste per il 2026 = 100%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.1 Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente (specializzazione/territorio)	2.1.8 Ristrutturare ed ampliare sede San Donà per consolidamento attività specialistiche a favore di privati	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024	2.1.8 Ristrutturare ed ampliare sede San Donà per consolidamento attività specialistiche a favore di privati	% Azioni effettuate nel 2025 rispetto ad azioni previste per il 2025 = 100%	2.1.8 Ristrutturare ed ampliare sede San Donà per consolidamento attività specialistiche a favore di privati	% Azioni effettuate nel 2026 rispetto ad azioni previste per il 2026 = 100%
2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2. sostegno ai soggetti privati ed alle imprese	2.2 Riorganizzare i servizi di supporto (logistica, servizi amministrativi, servizi informatici, …) per renderli più orientati al cliente	2.2.1 Agevolare e velocizzare la stipula di contratti ed accordi con clientela privata	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024	2.2.1 Agevolare e velocizzare la stipula di contratti ed accordi con clientela privata	% Azioni effettuate nel 2025 rispetto ad azioni previste per il 2025 = 100%	2.2.1 Agevolare e velocizzare la stipula di contratti ed accordi con clientela privata	% Azioni effettuate nel 2026 rispetto ad azioni previste per il 2026 = 100%
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.1 Contribuire al miglioramento ed alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	3.1.1 Mantenere l'Impact Factor dell'Istituto ad un livello non inferiore a quello dell'anno precedente	IF IZSVe 2024 >= IF IZSVe 2023	3.1.1 Mantenere l'Impact Factor dell'Istituto ad un livello non inferiore a quello dell'anno precedente	IF IZSVe 2025 >= IF IZSVe 2024	3.1.1 Mantenere l'Impact Factor dell'Istituto ad un livello non inferiore a quello dell'anno precedente	IF IZSVe 2026 >= IF IZSVe 2025

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.2 Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	3.2.1 Implementare la pagina web del sito Istituzionale di presentazione dell'U.O. Ricerca e Cooperazione Internazionale	Studio di fattibilità approvato <= 31/12/2024 Predisposizione scheda presentazione U.O RCI <= 31/12/2024	3.2.1 Implementare la pagina web del sito Istituzionale di presentazione dell'U.O. Ricerca e Cooperazione Internazionale	Pubblicazione in italiano ed in inglese abstract di almeno il 30% dei progetti avviati nell'anno 2024	3.2.1 Implementare la pagina web del sito Istituzionale di presentazione dell'U.O. Ricerca e Cooperazione Internazionale	Pubblicazione in italiano ed in inglese abstract di almeno il 50% dei progetti avviati nel biennio 2024 - 2025
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.2 Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	3.2.2 Semplificare l'iter di reclutamento del personale esterno in progetti RCI	Studio di fattibilità approvato (sulla base della normativa vigente) <= 31/12/2024	3.2.2 Semplificare l'iter di reclutamento del personale esterno in progetti RCI	Elenco di proposte operative presentato ed approvato <= 31/12/2025	3.2.2 Semplificare l'iter di reclutamento del personale esterno in progetti RCI	Attuazione delle proposte operative di competenza 2026 <= 31/12/2026
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.3 Sviluppare le attività di supporto alla ricerca (competenze, tecnologia, organizzazione)	3.3.1 Formare il personale di supporto alla ricerca sul tema di project management/ drafting/ facilitazione/ rendicontazione	n. corsi frequentati >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	3.3.1 Formare il personale di supporto alla ricerca sul tema di project management/ drafting/ facilitazione/ rendicontazione	n. corsi frequentati >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	3.3.1 Formare il personale di supporto alla ricerca sul tema di project management/ drafting/ facilitazione/ rendicontazione	n. corsi frequentati >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.3 Sviluppare le attività di supporto alla ricerca (competenze, tecnologia, organizzazione)	3.3.2 Introdurre sw di ricerca bandi nel processo di scouting dei bandi di ricerca	Revisione ed aggiornamento del protocollo di utilizzo del sw di machine learning <= 31/12/2024	3.3.2 Introdurre sw di ricerca bandi nel processo di scouting dei bandi di ricerca	Utilizzo in test del sw secondo il protocollo revisionato ed aggiornato <= 31/12/2025	3.3.2 Introdurre sw di ricerca bandi nel processo di scouting dei bandi di ricerca	Utilizzo in "produzione" del nuovo sw secondo il sw revisionato ed aggiornato <= 31/12/2026
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.1 Formare il BSO di IZSVe ed il Comitato Biosicurezza	Approvazione Piano biennale di formazione BSO <= 30/04/2024 % attività eseguite di formazione 2024 rispetto alle attività di competenza 2024 >= 90% Risultato test intermedio di apprendimento da parte del BSO in formazione >= 90%	3.4.1 Completamento percorso formativo BSO	Attività di formazione 2025 previste per il BSO completamente eseguite <= 31/12/2025 Risultato test finale di apprendimento da parte del BSO in formazione = 100%		
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.2 Sviluppare e definire il programma per la biosicurezza	Approvazione programma per la biosicurezza <= 30/09/2024 Definizione dei flussi di comunicazione <= 31/12/2024	3.4.2 Sviluppare e definire il programma per la biosicurezza e dei programmi formativi interni correlati	% attività del programma eseguite rispetto a quelle previste per l'anno >= 90%	3.4.1 Sviluppare e definire il programma per la biosicurezza e dei programmi formativi interni correlati	% attività eseguite del programma = 100%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.3 Allestire l' "Archivio freddo" -80°	Predisposizione impianti ed identificazione strumentazione da installare <= 31/12/2024	3.4.3 Allestire l' "Archivio freddo" -80°	Messa a disposizione locali con impianti aggiornati e controllo accessi installato <= 30/06/2025 n. di apparecchiature installate e loro carico entro l'anno 2025 <= 2	3.4.2 Allestire l' "Archivio freddo" -80°	n. apparecchiature funzionanti e caricate entro l'anno 2026 <= 6
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.4 Introdurre un sw in grado di facilitare la gestione dei piani finanziari dei progetti di ricerca	Identificazione requisiti necessari per l'applicativo <= 31/12/2024	3.4.4 Introdurre un sw in grado di facilitare la gestione dei piani finanziari dei progetti di ricerca	Identificazione dell'applicativo e proposta di investimento presentata ed approvata <= 31/12/2025	3.4.3 Introdurre un sw in grado di facilitare la gestione dei piani finanziari dei progetti di ricerca	Utilizzo in test del nuovo applicativo <= 31/12/2026
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.5 Automatizzare la compilazione del timesheet per il personale nei progetti RCI	Studio di fattibilità e scelta tra sviluppo interno o acquisto esterno <= 31/12/2024	3.4.5 Automatizzare la compilazione del timesheet per il personale nei progetti RCI	Messa a disposizione del sw <= 31/12/2025	3.4.4 Automatizzare la compilazione del timesheet per il personale nei progetti RCI	% strutture con progetti RCI attivi nell'anno che utilizzano il sw di compilazione timesheet <= 50%
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.6 Realizzare materiale editoriale informativo su attività di RCI	n. prodotti editoriali per la cooperazione internazionale prodotti entro il 31/12/2024 >= 1	3.4.6 Realizzare materiale editoriale informativo su attività di RCI	n. prodotti editoriali per la cooperazione internazionale prodotti entro il 31/12/2025 >= 1	3.4.5 Realizzare materiale editoriale informativo su attività di RCI	n. prodotti editoriali video su progetti RCI realizzati nell'anno = 2
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.7 Attivare il nuovo sw DocSuite secondo il modello organizzativo decentrato per la protocollazione in uscita	% strutture dell'Istituto operative con il nuovo sw entro il 31/12/2024 >= 70%	3.4.7 Attivare il nuovo sw DocSuite secondo il modello organizzativo decentrato per la protocollazione in uscita	% strutture dell'Istituto operative con il nuovo sw entro il 31/12/2025 = 100%		
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.8 Realizzare corsi di formazione teorico/pratici sul sw DocSuite ed affiancare il personale delle strutture	n. edizioni del corso erogate <= 6 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	3.4.8 Realizzare corsi di formazione teorico/pratici sul sw DocSuite ed affiancare il personale delle strutture	n. edizioni del corso eseguite <= 2 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%		
3. ricerca e innovazione	3. ricerca e innovazione	3.4 Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.9 Attivare DocSuite delibere per la fascicolazione informatica dei procedimenti amministrativi e la redazione dei provvedimenti	Applicativo testato e pronto per la messa in "produzione" <= 31/12/2024	3.4.9 Attivare DocSuite delibere per la fascicolazione informatica dei procedimenti amministrativi e la redazione dei provvedimenti	% strutture interessate operative con il nuovo sw entro il 31/12/2025 = 100%		

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
4. formazione e comunicazione	4.1 formazione	4.1.1 Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale ed internazionale anche innovando l'offerta formativa	4.1.1.2 - Effettuare interventi formativi ampliando il target di riferimento e/o le collaborazioni con enti terzi, anche attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche innovative TEL (Technology Enhanced Learning)	n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 >= 1 n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 utilizzando metodologie TEL >= 1	4.1.1.2 - Effettuare interventi formativi ampliando il target di riferimento e/o le collaborazioni con enti terzi, anche attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche innovative TEL (Technology Enhanced Learning)	n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 >= 1 n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 utilizzando metodologie TEL >= 1	4.1.1.2 - Effettuare interventi formativi ampliando il target di riferimento e/o le collaborazioni con enti terzi, anche attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche innovative TEL (Technology Enhanced Learning)	n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 >= 1 n. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2024 utilizzando metodologie TEL >= 1
4. formazione e comunicazione	4.1 formazione	4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto	4.1.2.1 Sviluppare le competenze manageriali della dirigenza (Capi Dipartimento, DSC, ...)	Raccolta bisogni formativi da parte dei DSC e progettazione del corso <= 30/06/2024 Inizio corso <= 31/12/2024	4.1.2.1 Sviluppare le competenze manageriali della dirigenza (Capi Dipartimento, DSC, ...)	Completamento del corso di formazione <= 31/12/2025 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%		
4. formazione e comunicazione	4.1 formazione	4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto	4.1.2.2 Promuovere la conoscenza da parte dei dirigenti sanitari (DSC e/o altri) dei processi amministrativi chiave dell'IZSVe (es: valutazione del personale, gestione appalti e servizi, ...)	Impostazione attività approvata dalla Direzione <= 31/03/2024 Stesura del programma e individuazione docenti <= 30/06/2024 Avvio percorso di formazione <= 31/12/2024	4.1.2.2 Promuovere la conoscenza da parte dei dirigenti sanitari (DSC e/o altri) dei processi amministrativi chiave dell'IZSVe (es: valutazione del personale, gestione appalti e servizi, ...)	Approvazione del comitato scientifico della proposta formativa del 2025 <= 31/03/2025 Erogazione del percorso formativo 2025 <= 31/12/2025	4.1.2.1 Promuovere la conoscenza da parte dei dirigenti sanitari (DSC e/o altri) dei processi amministrativi chiave dell'IZSVe (es: valutazione del personale, gestione appalti e servizi, ...)	Approvazione del comitato scientifico della proposta formativa del 2026 <= 31/03/2026 Erogazione del percorso formativo 2026 <= 31/12/2026
4. formazione e comunicazione	4.1 formazione	4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto	4.1.2.3 Definire le metodologie di valutazione delle competenze del personale di IZSVe	ricerca bibliografica su teorie a supporto della valutazione delle competenze nelle organizzazioni presentata <= 31/07/2024 Mappatura dei ruoli dell'organizzazione IZSVe <= 30/11/2024 Individuazione ruolo target individuare il ruolo target su cui avviare la mappatura delle competenze <= 31/12/2024	4.1.2.3 Definire le metodologie di valutazione delle competenze del personale di IZSVe	presentazione alla Direzione della mappa delle competenze del ruolo target individuato <= 30/09/2025 presentazione ipotesi progettuale per definizione del bilancio delle competenze del target individuato <= 31/12/2025	4.1.2.2 Definire le metodologie di valutazione delle competenze del personale di IZSVe	presentazione alla Direzione del bilancio delle competenze del target individuato <= 30/09/2025 presentazione alla Direzione ipotesi progettuale per definizione del bilancio delle competenze del personale IZSVe <= 31/12/2025

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
4. formazione e comunicazione	4.1 formazione	4.1.2 Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico - professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto	4.1.2.4 Migliorare la modalità di valutazione delle competenze acquisite dai discenti formati da IZSVe	Ricerca bibliografica su teorie a supporto della valutazione dell'apprendimento <= 31/07/2024 n. corsi di formazione che prevedano l'integrazione di strumenti per migliorare la valutazione dell'apprendimento >= 1	4.1.2.4 Migliorare la modalità di valutazione delle competenze acquisite dai discenti formati da IZSVe	n. corsi di formazione che prevedano l'integrazione di strumenti per migliorare la valutazione dell'apprendimento >= 1 linee guida per docenti e responsabili scientifici su possibili metodologie implementabili per migliorare i processi di apprendimento/ valutazione dell'apprendimento presentate <= 31/12/2025	4.1.2.3 Migliorare la modalità di valutazione delle competenze acquisite dai discenti formati da IZSVe	n. corsi di formazione che prevedano l'integrazione di strumenti per migliorare la valutazione dell'apprendimento >= 1 linee guida revisionate ed approvate dalla Direzione sulla base delle risultanze del biennio 2024 - 2025 <= 31/12/2025
4. formazione e comunicazione	4.2 comunicazione	4.2.1 Aumentare l'autorevolezza dell'Istituto a livello nazionale ed internazionale come fonte di informazione scientifica per le materie di competenza	4.2.1.1 Potenziare le relazioni con i media	Rapporto tra n. contatti media relation 2024 e n. contatti media relation 2023 >= 1	4.2.1.1 Potenziare le relazioni con i media	Rapporto tra n. contatti media relation 2025 e n. contatti media relation 2024 >= 1	4.2.1.1 Potenziare le relazioni con i media	Rapporto tra n. contatti media relation 2026 e n. contatti media relation 2025 >= 1
4. formazione e comunicazione	4.2 comunicazione	4.2.2 Sviluppare la comunicazione interna	4.2.2.1 Monitorare e promuovere il miglioramento del clima aziendale	Effettuazione di una indagine sul clima aziendale e pubblicazione dei risultati <= 31/12/2024	4.2.2.1 Monitorare e promuovere il miglioramento del clima aziendale	Identificazione ed implementazione di almeno 2 azioni di miglioramento <= 31/12/2025	4.2.2.1 Monitorare e promuovere il miglioramento del clima aziendale	Effettuazione di una indagine sul clima aziendale e pubblicazione dei risultati <= 31/12/2026
4. formazione e comunicazione	4.2 comunicazione	4.2.2 Sviluppare la comunicazione interna	4.2.2.2 Garantire la divulgazione delle attività e dei risultati dell'Istituto	Rapporto tra n. post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2024 e n. post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2023 >= 1	4.2.2.2 Garantire la divulgazione delle attività e dei risultati dell'Istituto	Numero post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2025 su 2024 >= 1	4.2.2.2 Garantire la divulgazione delle attività e dei risultati dell'Istituto	Numero post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2026 su 2025 >= 1
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.1 etica dei processi	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.1 Formare il personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento	% neoassunti partecipanti = 100% % neoassunti partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	5.1.1 Formare il personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento	% neoassunti partecipanti = 100% % neoassunti partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%	5.1.1 Formare il personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento	% neoassunti partecipanti = 100% % neoassunti partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.1 etica dei processi	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.2 Aggiornare il personale IZSVe sui contenuti del codice di comportamento aggiornato al DPR 81/2023 (corso base)	% personale partecipante <= 33% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%	5.1.2 Aggiornare il personale IZSVe sui contenuti del codice di comportamento aggiornato al DPR 81/2023 (corso base)	% personale partecipante <= 33% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%	5.1.2 Aggiornare il personale IZSVe sui contenuti del codice di comportamento aggiornato al DPR 81/2023 (corso base)	% personale partecipante nel triennio 2024 - 2026 = 100% % partecipanti nel triennio che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.1 etica dei processi	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.3 Aggiornare il personale IZSVe sui temi dell'etica e della legalità nelle aree di competenza di IZSVe - approfondimenti specialistici	n. corsi specialistici erogati nel 2024 >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 100%	5.1.3 Aggiornare il personale IZSVe sui temi dell'etica e della legalità nelle aree di competenza di IZSVe - approfondimenti specialistici	n. corsi specialistici erogati nel 2025 >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 100%	5.1.3 Aggiornare il personale IZSVe sui temi dell'etica e della legalità nelle aree di competenza di IZSVe - approfondimenti specialistici	n. corsi specialistici erogati nel 2026 >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 100%
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.1 etica dei processi	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.4 Realizzare le misure di trattamento previste dalla sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione	% misure di trattamento rispettate >= 90%	5.1.4 Realizzare le misure di trattamento previste dalla sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione	% misure di trattamento rispettate >= 90%	5.1.4 Realizzare le misure di trattamento previste dalla sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione	% misure di trattamento rispettate >= 90%
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.1 etica dei processi	5.1 Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi	5.1.5 Migliorare continuamente l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente	Target complessivo da attestazione annuale OIV >= 90% Colonna completezza del contenuto da attestazione annuale OIV = 100%	5.1.5 Migliorare continuamente l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente	Target complessivo da attestazione annuale OIV >= 90% Colonna completezza del contenuto da attestazione annuale OIV = 100%	5.1.5 Migliorare continuamente l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente	Target complessivo da attestazione annuale OIV >= 90% Colonna completezza del contenuto da attestazione annuale OIV = 100%
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.1 Effettuare audit interni congiunti biosicurezza, sicurezza e qualità delle strutture sanitarie	n. audit congiunti condotti nell'anno = 2	5.2.1 Effettuare audit interni congiunti biosicurezza, sicurezza e qualità delle strutture sanitarie	n. audit congiunti condotti nell'anno = 2	5.2.1 Effettuare audit interni congiunti biosicurezza, sicurezza e qualità delle strutture sanitarie	n. audit congiunti condotti nell'anno = 2

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.2 Superare gli audit esterni (1/anno)	n. di audit esterni annuali superati = 1	5.2.2 Superare gli audit esterni (1/anno)	n. di audit esterni annuali superati = 1	5.2.2 Superare gli audit esterni (1/anno)	n. di audit esterni annuali superati = 1
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.3 Garantire prestazioni analitiche aggiornate e rispondenti alle richieste del cliente	% procedure di prova revisionate, standardizzate, validate e/o accreditate entro l'anno rispetto a quelle pianificate >= 90% n. report monitoraggio attività e rendicontazione obiettivi delle strutture entro l'anno = 1	5.2.3 Garantire prestazioni analitiche aggiornate e rispondenti alle richieste del cliente	% procedure di prova revisionate, standardizzate, validate e/o accreditate entro l'anno rispetto a quelle pianificate >= 90% n. report monitoraggio attività e rendicontazione obiettivi delle strutture entro l'anno = 1	5.2.3 Garantire prestazioni analitiche aggiornate e rispondenti alle richieste del cliente	% procedure di prova revisionate, standardizzate, validate e/o accreditate entro l'anno rispetto a quelle pianificate >= 90% n. report monitoraggio attività e rendicontazione obiettivi delle strutture entro l'anno = 1
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.4 Rilasciare l'applicativo informatico di inserimento unificato delle richieste relative a prestazioni sanitarie	Approvazione applicativo da utilizzare <= 30/06/2024 Implementazione del flow chart di gestione processo nel nuovo gestionale <= 31/12/2024	5.2.4 Rilasciare l'applicativo informatico di inserimento unificato delle richieste relative a prestazioni sanitarie	n. incontri formazione con addetti >= 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100% n. richieste gestite con il nuovo applicativo >= 1	5.2.4 Utilizzare lo strumento come modalità unica di gestione delle richieste relative a prestazioni sanitarie	n. di Non Conformità critiche rilevate sul processo <= 1
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.5 Rilasciare l'applicativo informatico per la gestione delle non conformità	Definizione dei dati per flow chart di riferimento in collaborazione anche con IZSLER e IZS Sicilia <= 31/12/2024	5.2.5 Rilasciare l'applicativo informatico per la gestione delle non conformità	Implementazione flow chart in applicativo conclusa (relazione) <= 30/09/2024 n. corsi ad assicuratori qualità >= 1 % partecipanti che hanno superato il test finale di apprendimento = 100% n. NC gestite >= 1	5.2.5 Rilasciare l'applicativo informatico per la gestione delle non conformità	n. NC critiche rilevate nell'anno imputabili ad un popolamento/mantenimento non adeguato = 0

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.6 Rilasciare ed utilizzare la nuova carta dei servizi dinamica	Popolamento della carta dei servizi <= 30/09/2024 Messa in uso della carta dei servizi dinamica <= 31/12/2024	5.2.6 Rilasciare ed utilizzare la nuova carta dei servizi dinamica	n. rilievi critici in sede di audit interno sull'aggiornamento della carta dei servizi dinamica = 0	5.2.6 Rilasciare ed utilizzare la nuova carta dei servizi dinamica	n. rilievi critici in sede di audit interno sull'aggiornamento della carta dei servizi dinamica = 0
5. diffusione delle cultura dell'etica e della legalità, aumento della trasparenza vs gli stakeholder, sviluppo sistema qualità	5.2 sviluppo sistema qualità	5.2 Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure ed integrando le attività)	5.2.7 Introdurre l'applicativo informatico WQ - RDA per la gestione delle apparecchiature	Recepimento del modulo apparecchiature del sw WebQuality <= 31/12/2024 Elenco degli impianti presenti nelle sedi predisposto <= 31/12/2024	5.2.7 Introdurre l'applicativo informatico WQ - RDA per la gestione delle apparecchiature	n. corsi formazione al personale referente ed addetto alle apparecchiature >= 1 % partecipanti che hanno superato il test finale di valutazione apprendimento = 100% Database popolato da parte delle strutture <= 31/12/2025	5.2.7 Introdurre l'applicativo informatico WQ - RDA per la gestione delle apparecchiature	n. NC critiche in sede di audit interno imputabili ad un popolamento/mantenimento del sw non adeguato = 0
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.1 Applicare puntualmente le analisi costi/benefici a supporto delle richieste di investimento per forniture di beni di valore superiore a 40.000 Euro IVA esclusa su fondo istituzionale	% richieste di investimento nel target corredate da analisi costi/benefici = 100%	6.1.1.1 Applicare puntualmente le analisi costi/benefici a supporto delle richieste di investimento per forniture di beni di valore superiore a 40.000 Euro IVA esclusa su fondo istituzionale	% richieste di investimento nel target corredate da analisi costi/benefici = 100%	6.1.1.1 Applicare puntualmente le analisi costi/benefici a supporto delle richieste di investimento per forniture di beni di valore superiore a 40.000 Euro IVA esclusa su fondo istituzionale	% richieste di investimento nel target corredate da analisi costi/benefici = 100%
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.2 Effettuare la diagnosi energetica delle infrastrutture dell'Istituto	n. report diagnosi energetiche effettuate = 16 Progetto interventi di miglioramento approvato <= 31/12/2024	6.1.1.2 Eseguire interventi di miglioramento individuati	Azioni effettuate nel 2025/Azioni di competenza 2025 = 100%	6.1.1.2 Eseguire interventi di miglioramento individuati	Azioni effettuate nel 2026/Azioni di competenza 2026 = 100%
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.3 Redigere il Piano Energetico	Piano Energetico approvato <= 31/12/2024	6.1.1.3 Eseguire il Piano Energetico	Azioni effettuate nel 2025/Azioni di competenza 2025 = 100%	6.1.1.3 Eseguire il Piano Energetico	Azioni effettuate nel 2026/Azioni di competenza 2026 = 100%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.4 Garantire la rilevazione dei consumi e dei costi di energia elettrica e gas riscaldamento distinti per mese di competenza e struttura	Consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento rilevati <= 31/12/2024	6.1.1.4 Garantire la rilevazione dei consumi e dei costi di energia elettrica e gas riscaldamento distinti per mese di competenza e struttura	Consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento rilevati <= 31/12/2025	6.1.1.4 Garantire la rilevazione dei consumi e dei costi di energia elettrica e gas riscaldamento distinti per mese di competenza e struttura	Consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento rilevati <= 31/12/2026
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.5 Ridurre i consumi di energia elettrica	Presentazione ed approvazione di un vademecum per l'identificazione dei comportamenti virtuosi da tenere <= 30/04/2024 Rapporto tra consumi delle strutture e della sede anno 2024 rispetto all'anno precedente <= 1	6.1.1.5 Ridurre i consumi di energia elettrica	Rapporto tra consumi delle strutture e della sede anno 2025 rispetto all'anno precedente <= 1	6.1.1.5 Ridurre i consumi di energia elettrica	Rapporto tra consumi delle strutture e della sede anno 2026 rispetto all'anno precedente <= 1
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.6 Contenere la spesa relativa alla manutenzione del verde e degli impianti di climatizzazione ambientale	Rapporto tra spesa 2024 per manutenzione verde ed impianti di climatizzazione e spesa 2022 per manutenzione verde e impianti di climatizzazione <= 1	6.1.1.6 Contenere la spesa relativa alla manutenzione del verde e degli impianti di climatizzazione ambientale	Rapporto tra spesa 2025 per manutenzione verde ed impianti di climatizzazione e spesa 2022 per manutenzione verde e impianti di climatizzazione <= 1	6.1.1.6 Contenere la spesa relativa alla manutenzione del verde e degli impianti di climatizzazione ambientale	Rapporto tra spesa 2026 per manutenzione verde ed impianti di climatizzazione e spesa 2022 per manutenzione verde e impianti di climatizzazione <= 1
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.1 sostenibilità economico - finanziaria	6.1.1 Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali	6.1.1.7 Ottimizzare l'utilizzo degli spazi degli uffici	Comitato ottimizzazione spazi uffici istituito e definizione mandato definito <= 30/04/2024 Verifica presenza media negli uffici e proposta di ottimizzazione spazi uffici <= 31/12/2024 Piano di miglioramento approvato <= 31/12/2024	6.1.1.7 Ottimizzare l'utilizzo degli spazi degli uffici	n. azioni di miglioramento eseguite/ n. azioni di miglioramento di competenza 2025 >= 90%	6.1.1.7 Ottimizzare l'utilizzo degli spazi degli uffici	n. azioni di miglioramento eseguite/ n. azioni di miglioramento di competenza 2026 >= 90%

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.1 Informatizzare la gestione dei magazzini periferici nelle diverse strutture	Approvazione soluzione di gestione individuata <= 30/04/2024 Realizzazione adeguamenti sw necessari <= 31/08/2024 Applicazione pilota in strutture test <= 31/12/2024	6.2.1.1 Informatizzare la gestione dei magazzini periferici nelle diverse strutture	n. strutture con magazzini periferici informatizzati = 14		
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.2 Completare la mappatura dell'attività di laboratorio con il calcolo del costo delle produzioni di sieri ed antigeni	Schede rilevazione consumi tecnici prodotte <= 31/10/2024 SK rilevazione consumi tecnici calcolate <= 31/12/2024				
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.3 Progettare ed attivare un sistema interno di monitoraggio degli utilizzi degli ambienti BSL3	Sistema di monitoraggio attivo <= 31/12/2024	6.2.1.2 Progettare ed attivare un sistema interno di monitoraggio degli utilizzi degli ambienti BSL3 da parte delle diverse strutture	Monitoraggio risultati ed analisi/risoluzione criticità <= 31/12/2025		
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.4 Riclassificare il piano dei conti secondo il modello ACCRUAL	Piano dei conti riclassificato <= 31/12/2024	6.2.1.3 Predisposizione del bilancio preventivo economico ACCRUAL e budget aggiornati	predisposizione bilancio preventivo economico ACCRUAL e budget aggiornati <= 31/12/2025	6.2.1.1 Formazione del personale operativo secondo quanto previsto nel portala ACCRUAL	% addetti partecipanti = 100% % addetti che hanno superato il test finale di valutazione dell'apprendimento = 100%
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.5 Aggiornare la procedura del ciclo passivo, liquidare le fatture nei termini previsti dal ciclo passivo	Procedura gestione ciclo passivo revisionata <= 31/12/2024 Giorni medi di ritardo sull'80% di fatture ricevute <= 0 giorni medi di pagamento <= 60	6.2.1.4 Liquidare le fatture nei termini previsti dal ciclo passivo	Giorni medi di ritardo sul 95% di fatture ricevute <= 0 giorni medi di pagamento <= 60	6.2.1.2 Liquidare le fatture nei termini previsti dal ciclo passivo	Giorni medi di ritardo sul 95% di fatture ricevute <= 0 giorni medi di pagamento <= 60
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.6 Analizzare la possibilità di detrazione IVA su costi promiscui	Studio fattibilità presentato <= 31/12/2024	6.2.1.5 Applicare, se fattibile, la detraibilità IVA sui costi promiscui	Valore totale della detrazione IVA su costi promiscui >= 100.000 Euro	6.2.1.3 Applicare, se fattibile, la detraibilità IVA sui costi promiscui	Valore totale della detrazione IVA su costi promiscui >= 100.000 Euro

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.7 Applicare la nuova scontistica sulle analisi a tariffario	Differenza fatturato netto clienti con richiesta fatturazione cumulativa 2024 e 2023 >= 50.000 Euro	6.2.1.6 Applicare la nuova scontistica sulle analisi a tariffario	Differenza fatturato netto clienti con richiesta fatturazione cumulativa 2024 e 2023 >= 50.000 Euro	6.2.1.4 Applicare la nuova scontistica sulle analisi a tariffario	Differenza fatturato netto clienti con richiesta fatturazione cumulativa 2024 e 2023 >= 50.000 Euro
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.1 Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.8 Adeguare sw in utilizzo per le selezioni interne	Studio di fattibilità implementazione gestionale ed individuazione procedure semplificate da applicare <= 31/12/2024	6.2.1.7 Adeguare sw in utilizzo per le selezioni interne	Utilizzo applicazione procedura aggiornata per la selezione degli incarichi dirigenziali <= 31/12/2025	6.2.1.5 Adeguare sw in utilizzo per le selezioni interne	n. nuovi ambiti applicativi di utilizzo del sw >= 2
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.2 valorizzare l'Organizzazione e il Capitale Umano in coerenza con il sistema di P&C&V	6.2.2.1 Completare il processo di budgeting per le strutture dell'Istituto	Piano attività per alimentazione scheda budget di struttura distinto per flusso informativo <= 31/12/2024	6.2.2.1 Completare il processo di budgeting per le strutture dell'Istituto	attività eseguite 2025/ attività di competenza 2025 = 90%	6.2.2.1 Completare il processo di budgeting per le strutture dell'Istituto	attività eseguite 2026/ attività di competenza 2026 = 90%
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.3 Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,…)	6.2.3.1 Analizzare le anagrafiche cliente IZIlab e risolvere i casi di sovrapposizione	Analisi effettuata e piano di miglioramento approvato <= 31/12/2024	6.2.3.1 Analizzare le anagrafiche cliente IZIlab e risolvere i casi di sovrapposizione	% attività eseguite nel 2025 in rapporto a quelle previste di competenza 2025 >=90%	6.2.3.1 Analizzare le anagrafiche cliente IZIlab e risolvere i casi di sovrapposizione	% attività eseguite nel biennio 2025 - 2026 in rapporto a quelle previste di competenza 2025 - 2026 >= 100%
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.3 Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,…)	6.2.3.2 Contenere il valore delle scorte di fine anno delle singole strutture	Rapporto tra valore scorte fine 2024 e valore medio scorte triennio 2021 - 2023 < 1	6.2.3.2 Contenere il valore delle scorte di fine anno delle singole strutture	Rapporto tra valore scorte fine 2025 e valore medio scorte triennio 2022 - 2024 < 1	6.2.3.2 Contenere il valore delle scorte di fine anno delle singole strutture	Rapporto tra valore scorte fine 2026 e valore medio scorte triennio 2023 - 2025 < 1
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.3 Migliorare l'efficienza delle operations (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni,…)	6.2.3.3 Contenere la spesa in beni sanitari non inventariabili	Definizione target delle strutture <= 30/04/2024 Rispetto del target indicato al 31/12/2024	6.2.3.3 Contenere la spesa in beni sanitari non inventariabili	rispetto del target indicato al 31/12/2025	6.2.3.3 Contenere la spesa in beni sanitari non inventariabili	rispetto del target indicato al 31/12/2026

Aree strategiche	Dettaglio aree strategiche	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi 2024	Indicatori e valori attesi 2024	Obiettivi operativi 2025	Indicatori e valori attesi 2025	Obiettivi operativi 2026	Indicatori e valori attesi 2026
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.4 Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica	6.2.4.1 Razionalizzare i flussi informativi gestionali dell'Istituto e gli applicativi in uso	Relazione con proposta di soluzioni di data integration approvata <= 31/12/2024 Relazione con presentazione di azioni per l'ottimizzazione del numero di applicativi impiegati approvata <= 31/12/2024	6.2.4.1 Completamento/ ottimizzazione dei flussi informativi	n. progetti di data integration realizzati entro il 31/12/2025 >= 1 n. casi di sovrapposizione di sw risolti tra quelli rilevati >= 1	6.2.4.1 Completamento/ ottimizzazione dei flussi informativi	n. progetti di data integration realizzati entro il 31/12/2026 >= 1 n. casi di sovrapposizione di sw risolti tra quelli rilevati >= 1
6. sostenibilità economico - finanziaria dei sistemi gestionali e delle operations (governance interna)	6.2 sostenibilità dei sistemi gestionali e delle operations	6.2.4 Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica	6.2.4.2 Revisionare e segmentare la rete aziendale	Analisi ed identificazione della segmentazione di rete <= 31/12/2024 n. edifici fisici della sede di Legnaro con rete isolata e revisionate entro il 31/12/2024 = 1	6.2.4.2 Revisione e segmentazione della rete aziendale	n. edifici fisici della sede di Legnaro con rete isolata e revisionate entro il 31/12/2025 = 2	6.2.4.2 Revisione e segmentazione della rete aziendale	Completamento VLAN <= 31/12/2026